

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1906-1907. — N° 142.

DE
L'OBSTRUCTION INTESTINALE
CHEZ LA FEMME

LIÉE A DES INFLAMMATIONS PELVIENNES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Juillet 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Octave ROSSO

Né le 20 Novembre 1878, à Saint-Etienne-de-Tinée (Alpes-Maritimes),
Ex-Interne des Hôpitaux de Nice.



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1907



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1906-1907. — N° 142.

DE
L'OBSTRUCTION INTESTINALE
CHEZ LA FEMME

LIÉE A DES INFLAMMATIONS PELVIENNES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Juillet 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Octave ROSSO

Né le 20 Novembre 1878, à Saint-Etienne-de-Tinée (Alpes-Maritimes),
Ex-Interne des Hôpitaux de Nice.



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU AUGAGNEUR MONOYER

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales		BONDET
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD
Clinique ophtalmologique		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants.		ROLLET
Clinique des maladies des femmes.		NICOLAS
Physique médicale		PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique.		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A)
Matière médicale et Botanique		X.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.		HUGOUNENQ
Anatomie.		CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie.		BEAUVISAGE,
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT
Anatomie pathologique		MORAT
Médecine opératoire.		TEISSIER
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET
Médecine légale		TRAPIER
Hygiène		POLLOSSON (M)
Thérapeutique		ARLOING
Pharmacologie.		LACASSAGNE
		COURMONT (J.)
		SOULIER
		FLORENCE

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire M. DOYON

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe	MM. VALLAS	agrégé
Maladies des voies urinaires.	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale.	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique	DEVIC,	—
Hygiène administrative.	ROUX,	—
Thérapeutique générale	COLLET	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale.	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD	—
Anatomie topographique.	ANCEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX	SAMBUC	REGAUD	NEVEU-LEMAIRE
BARRAL	BORDIER	CAUSSE,	PATEL
PIC	COURMONT (P.)	ANCEL	J. LÉPINE Ch. .
PAVIOT	CHATIN	COMMANDEUR	VORON Ch...
NOVE-JOSSERAND	VILLARD	GAYET	
BÉRARD	TIXIER	MOREL	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, Président; BÉRARD, Assesseur,
MM. TIXIER et PATEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A la Mémoire
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA FIANCÉE

A MON FRÈRE. — A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE. — A MA BELLE-SŒUR

A Mon Président de Thèse,
MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

A MES MAITRES

A MES AMIS

La tradition veut que l'étudiant en médecine arrivé au terme de ses études, s'arrête un instant et jette un regard en arrière.

Avant de nous acquitter de nos dettes de reconnaissance, qu'il nous soit permis d'évoquer trois douces mémoires qui jettent sur tout notre passé, sur toute notre vie, un immense deuil; au pieux souvenir d'un père vénéré, d'une mère adorée, d'une fiancée aimée va toute notre âme.

Et maintenant le devoir de reconnaissance qu'il nous reste à accomplir nous sera bien agréable et notre seul ennui est de ne pouvoir citer tous ceux vers qui va notre gratitude.

Que notre frère, que notre sœur reçoivent ici l'assurance de notre amour le plus profond.

Nos trois années d'internat nous ont permis d'abuser plusieurs fois de la bienveillance de tous nos maîtres, nous leur en renouvelons toute notre reconnaissance.

Que M. le Dr Grinda, dont nous avons pu plus particulièrement, pendant deux ans, suivre les bonnes et intéressantes leçons, reçoive tous nos remerciements.

En dehors même du service il a bien voulu toujours nous accorder toute son estime et toute son affection. Du bien terne témoignage de reconnaissance que nous lui adressons en ce moment, il oubliera, nous en sommes sûr, la banalité, pour n'en retenir que la sincérité qui l'inspire.

Tous nos autres maîtres ont également droit à

notre reconnaissance et nous ne la leur ménagerons pas.

Que M. le Dr Barralis accepte tous nos remerciements pour ses bons conseils scientifiques et extra-scientifiques qu'il a bien voulu nous prodiguer dans maintes circonstances.

L'amabilité de MM. les Drs Schmid, Fighiera, Bensa, nous fait regretter de n'avoir pu assez longtemps les apprécier.

Durant notre passage en médecine, MM. les Drs Camous, Balestre, Bourdon, Ardoïn, Lautard, Gasiglia, ont acquis des droits à notre reconnaissance, nous sommes heureux de leur en renouveler l'assurance.

Nous terminerons cette longue série de dédicaces, au sujet de laquelle on ne manquera pas de nous railler, maintenant que la reconnaissance est devenue pour beaucoup un sentiment ridicule et blâmable, par une pensée pour nos malades, pour ce personnel dont la fréquentation nous a appris à aimer plus encore la population laborieuse et honnête de ce bon vieux Nice.

Que M. le professeur Jaboulay, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, veuille bien agréer tous nos remerciements, toute notre reconnaissance. Dans un même sentiment, j'unis tous mes maîtres de Lyon, et prie mon vieil ami Gabourd, l'inspirateur de cette thèse, de croire à mon amitié la plus profonde.

O. R.

DE

L'OBSTRUCTION INTESTINALE

CHEZ LA FEMME

LIÉE A DES INFLAMMATIONS PELVIENNES

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION

On fait le diagnostic différentiel de l'obstruction intestinale, on ne fait pas souvent le diagnostic causal. Quantité de variétés d'occlusion ont été étudiées, une foule d'entre elles ont donné lieu à de nombreux travaux, thèses ou publications, mais parmi toutes les pathogénies les plus diverses, il en est une qui nous a paru avoir été fort peu traitée : c'est l'obstruction liée, chez la femme, aux inflammations pelviennes. Un cas très intéressant de cette variété d'obstruction que M. Gabourd a bien voulu nous communiquer et dont nous devons à son amabilité l'observation détaillée, nous inspira l'idée de faire quelques recherches sur cette pathogénie un peu spéciale de l'obstruction.

En parcourant toute cette partie de la littérature chirurgicale qui a trait à l'obstruction intestinale, un fait nous frappa énormément : c'est le peu de travaux,

la rareté de publications faits sur cette pathogénie de l'obstruction.

Obstructions post-opératoires, obstructions d'origine appendiculaire, obstructions par diverticule de Meckel, obstruction et grossesse ont tour à tour suscité de nombreux travaux. Parmi toutes ces pathogénies les plus diverses, rarement l'inflammation pelvienne est mise en cause.

Dès 1860, en effet, Spencer Well publie un premier travail très documenté sur les obstructions intestinales post-opératoires. Après lui Kœberlé en 1867, Bœckel en 1881, OEshausen en 1886 et plus récemment M. M. Jaboulay, Commandeur, Gouilloud, Quénu, Legueu, font diverses publications sur ces mêmes obstructions post-opératoires.

Il est aussi peu de questions chirurgicales qui aient été aussi fouillées que celle de l'obstruction intestinale due aux inflammations appendiculaires. Quantité d'articles ou de travaux s'appesantissent longuement sur cette question et la traitent à fond. Non moins nombreuses sont les thèses inspirées par ce sujet.

Les gynécologues de leur côté paraissent épuiser la question de grossesse et obstruction. Dans cette partie seule de chirurgie gynécologique, Naoumoff (thèse de Montpellier 1896) rapporte 118 observations d'obstructions consécutives à des interventions ainsi réparties : 52 sur l'ovaire, 31 sur le vagin, 13 sur les trompes, 7 sur des fibromes ayant nécessité l'hystérectomie. Roché, dans son mémoire classique, rapporte 75 décès dus à des obstructions post-opératoires. Tujà, dans une thèse inspirée par MM. Jaboulay, Pollosson, Comman-

deur, recueille en deux années une dizaine d'obstructions se rattachant à la même pathogénie, obstructions post-opératoires.

En revanche, l'obstruction due à des inflammations pelviennes est à peu près partout passée sous silence. C'est en 1874, qu'il nous faut remonter pour trouver un premier travail sur cette variété d'obstruction : Noüet, thèses de Paris : *Obstruction intestinale et affections chroniques pelviennes*.

Beaucoup de thèses traitent même de l'obstruction en général et ne mentionnent pas cette pathogénie possible.

Blanc, dans une thèse de Paris, 1900, *sur l'obstruction intestinale par brides* ne rapporte aucune observation ayant trait à cette pathogénie, il ne signale même pas le fait. Célos, thèse de Paris, 1902, *sur le Diagnostic d'urgence chez l'adulte des maladies de l'abdomen qui se traduisent par le syndrome abdomino-péritonal*, ne signale pas la possibilité d'une pareille étiologie et ne rapporte aucune observation.

Toutes ces considérations suscitées par la lecture de ces nombreux travaux sur l'obstruction intestinale en général nous ont porté à recueillir les quelques cas publiés isolément que nous avons pu trouver dans le cours de nos recherches sur ces obstructions particulières.

Éliminant les obstructions post-opératoires nous n'avons envisagé que les obstructions dues aux adhérences de l'intestin soit aux annexes, soit à l'utérus, soit au péritoine pelvien, ou causées par des brides partant de ces organes ou de cette région.

En abordant ce petit travail nous n'avons pas eu d'autre prétention que celle de grouper le plus grand nombre possible *d'observations* ayant trait à cette variété d'obstruction.

Leur étude, leur comparaison nous ont permis de ramener tous les mécanismes de ces obstructions à quelques variétés fort simples, et d'établir une *classification* un peu particulière de ces obstructions.

De cette classification nous ont paru découler quelques points intéressants de *pathogénie* et d'*étiologie*.

Nous passerons rapidement sur la *symptomatologie*, nous contentant de souligner les quelques nuances qui permettront parfois un *diagnostic* causal.

Ce diagnostic nous conduira enfin à exposer brièvement le *traitement* qui nous a paru le plus rationnel.

CHAPITRE II

CLASSIFICATION

De la simple lecture de tous les cas que nous avons pu recueillir il est un fait qui s'impose primordial : la pelvi-péritonite. Dans aucun cas, utérus, trompes, ovaires n'ont été les causes immédiates des phénomènes d'obstruction. Entre elles et l'explosion des accidents se place le facteur indispensable : l'inflammation de la séreuse. C'est à la pelvi-péritonite qu'il faut demander compte du genre d'occlusion ; elle est la grande coupable. Or, les observations concordent toutes pour démontrer nettement que le résultat de cette inflammation séreuse est la formation d'adhérences.

Considérant alors les brides non point comme des formations embryogéniques, congénitales ou autres, tout à fait distinctes des adhérences péritonéales, mais bien plutôt comme de simples adhérences elles-mêmes, plus ou moins étirées ou allongées, l'évolution, la disposition anatomo-pathologique de ces adhérences nous servira de base pour notre classification.

Nous avons cru pouvoir ramener à trois variétés tous les cas que nous avons pu recueillir :

1° Obstruction due à des adhérences. —

Dans cette première catégorie rentrent tous les cas où une partie plus ou moins importante de la masse intestinale adhère à tel ou tel organe du petit bassin ; adhérence variant en importance depuis le cas où un point très limité adhère seul jusqu'au cas où une ou plusieurs anses intestinales se trouvent complètement unies à d'autres organes en une gangue informe : dans tous les cas le calibre de la partie fixée se rétrécit.

2° Obstruction due à un étranglement d'anse intestinale sous les brides. — Une bride forme un pont sous lequel l'intestin s'engage, se tord et s'étrangle.

3° Obstruction due à une bride amenant une coudure. — Cette bride fixe l'intestin en un point quelconque du bassin ; cette fixation anormale s'accompagne de coudure. Le calibre de l'intestin immobilisé persiste sans changement notable. C'est l'ancien engouement interne.

Sur les 32 cas que nous avons pu recueillir, voici la fréquence relative de ces trois variétés : 15 cas d'obstruction due à des adhérences ; 9 cas d'obstruction par étranglement sous brides ; 8 cas d'obstruction par brides occasionnant une coudure.

Dans les quinze cas de la première variété, neuf fois l'obstruction intéresse l'intestin grêle et six fois l'S iliaque ou le rectum.

Dans les neuf cas de la deuxième série, l'obstruction siégeait sur l'intestin grêle ou mieux sur les causes ter-

minales de l'iléon. Dans aucun cas, sauf un, le gros intestin était intéressé.

Dans les sept cas de la troisième série la coudure siège quatre fois sur la portion terminale de l'anse iléopelvienne et trois fois sur l'anse sigmoïde.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

A. — OBSERVATION PERSONNELLE

OBSERVATION INÉDITE

(Due à l'obligeance de MM. Desgouttes et Gabourd.)

Résumé : *Occlusion intestinale subaiguë. Entérostomie de Nélaton. Secondairement, hystérectomie et salpingectomie totales après libération d'une anse grêle adhérente. Guérison.*

Elise R..., dix-huit ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Martin, service du Dr Gangolphe, le 14 décembre 1906, au milieu de la nuit, pour de violentes coliques, survenues depuis quatre à cinq jours, accompagnées d'arrêt des gaz et des matières et de quelques vomissements. Dans ses antécédents héréditaires, on remarque que son père est mort de phtisie pulmonaire et de même son frère aîné à l'âge de vingt-sept ans à la suite d'une vieille pleurésie survenue au cours de son service militaire. La mère et la sœur de la malade, plus âgée qu'elle, jouissent toutes deux d'une excellente santé.

Personnellement elle ne fut atteinte durant son enfance d'aucune maladie sérieuse, elle présentait même un état de santé toujours excellent.

Réglée à douze ans, elle le fut toujours régulièrement

jusqu'à ces derniers temps ; d'autre part, ses règles ont toujours été très abondantes, persistant au moins pendant quatre jours.

Il y a deux ans et demi, à la suite des premiers rapports sexuels de la malade, survinrent des pertes blanches très abondantes avec brûlures à la miction et surtout de vives douleurs dans le bas-ventre au niveau des deux fosses iliaques, empêchant la marche et s'accompagnant dès le début d'une constipation très vive. Elle fut obligée de rester un mois au lit, mais comme traitement elle ne fit que des lavages vaginaux abondants une ou deux fois par jour.

Après cette période aiguë de un mois, une grosse amélioration survint, les douleurs pelviennes disparurent, les pertes blanches diminuèrent et même finirent par disparaître ; seule, la constipation continua, restant toujours très forte : la malade n'allait à la selle que tous les quatre à cinq jours et encore grâce à des laxatifs ou des lavements, souvent d'ailleurs elle ressentait de petites coliques, mais toujours passagères et sans conséquence. Mais, en octobre 1906, c'est-à-dire il y a deux ou trois mois, reparurent d'abondantes pertes blanches, tachant le linge, s'accompagnant de douleurs diffuses, ou plutôt de tensions dans le bas-ventre, mais sans les sensations de brûlure à la miction qui s'étaient manifestées lors de la première atteinte. Les mêmes phénomènes intestinaux survinrent et subirent même une recrudescence.

Nous devons surtout signaler que, vers le 15 novembre dernier, c'est-à-dire il y a un mois, la malade présenta le même syndrome abdominal que celui qui l'oblige cette fois à rentrer à l'Hôtel-Dieu : pendant cinq jours, elle éprouva de vives douleurs, des coliques dans le ventre avec ballonnement abdominal et arrêt complet des gaz et des matières ; cependant, fait particulier et digne de remarque, elle n'eut pas de vomissements soit alimentaires, soit bilieux. A la suite d'un fort lavement qui amena une débâcle abondante, tous ces phénomènes s'amendèrent.

Depuis lors, elle ressent de temps en temps quelques coliques, surtout à gauche, mais sans importance, et il faut en arriver à ces jours derniers pour constater la réapparition de signes graves. C'est en effet il y a quatre jours que de nouveau la malade éprouva de vives coliques l'obligeant à rester au lit, et même à se tenir courbée en deux, en chien de fusil, tellement les douleurs étaient pénibles ; ses douleurs étaient maxima à gauche, tout au moins commençaient toujours de ce côté. Elle a vomi à plusieurs reprises, mais seulement des aliments, puis un liquide bilieux, l'abdomen s'est distendu, et en même temps depuis ces quatre jours aucun gaz et aucune selle par l'anus.

D'autre part, le pouls est bon à 95, la température est normale (37° 2).

L'examen de la malade à son arrivée montre que son état général est encore bon, son facies n'est pas très altéré, la langue est humide, il n'y a pas de dyspnée et les mictions sont suffisantes.

L'examen de l'abdomen montre une distension assez considérable des anses intestinales, surtout vers l'ombilic ; ventre pointu ; il n'y a pas de clapotage, pas de matité dans les flancs.

Il semble que dans la fosse iliaque gauche on perçoive une tumeur, tout au moins une certaine rénitence, d'ailleurs plus douloureuse que le reste de l'abdomen, mais pas de contractions péristaltiques, pas de signes nets de localisation. Rien au toucher rectal.

Le toucher vaginal est douloureux.

On perçoit dans le cul-de-sac antéro-latéral gauche une tuméfaction assez tendue et douloureuse.

Le diagnostic posé est celui d'occlusion subaiguë sans cause très nette, probablement située à gauche. La malade n'étant pas en mauvais état, on attend et on fait prendre un grand lavement purgatif introduit avec la grande sonde ; on place un sachet de glace sur le ventre de la malade et on recommande la diète absolue.

Pendant quatre à cinq jours, l'état se maintient à peu près le même, sans grand changement, mais plutôt avec tendance à l'aggravation; le pouls, de 95, était passé à 110. Néanmoins il était fort plein; d'autre part, il n'y avait pas de vomissement et les mictions continuaient assez abondantes.

Mais, le 19 décembre, l'aggravation est encore plus nette; le pouls est à 130 et mauvais, presque filiforme, le facies est grippé, le ballonnement du ventre très considérable; aussi M. Gangolphe décide-t-il d'intervenir de suite.

Tout d'abord, M. Gangolphe fait une laparotomie sous-ombilicale pour voir la cause de l'obstruction, mais il tombe sur une poche péritonéale entourée de nombreuses anses intestinales et d'où il sort un peu de liquide citrin; aussitôt on pense à une péritonite tuberculeuse. M. Gangolphe, après avoir refermé l'incision médiane, fait dans la fosse iliaque droite une entérostomie de Nélaton sur la première anse dilatée qui se présente au doigt.

De cette ouverture, il sort aussitôt une très grande quantité de matières.

Les suites furent excellentes; l'état général devint rapidement meilleur, le pouls se raffermir et se ralentit malgré une petite ascension thermique le soir de l'opération à 38°5.

La suture de la laparotomie, bien isolée de l'anus par du leucoplaste, ne suppure pas; on put, le huitième jour, enlever tous les fils cutanés sans la moindre infection locale.

Pendant quelques jours, l'anus artificiel fonctionna seul, mais le 25 décembre survinrent quelques gaz par le rectum et, à partir du 27, aucune matière fécale ne sortait plus de l'anus abdominal; il s'écoulait seulement un peu de liquide bilieux. Enfin, le 1^{er} janvier 1907, survint une débâcle abondante par le rectum à la suite d'un lavement.

Depuis lors, l'état persista toujours semblable; il ne

sortait plus que quelques gouttes de liquide bilieux par l'anus iliaque, tandis que les défécations ano-rectales revenaient régulières tous les jours à l'occasion d'un lavement. Deux purgations à l'huile de ricin sont données, n'occasionnant aucun inconvénient et même pas d'écoulement par l'anus iliaque.

Devant ce bon fonctionnement de l'intestin et l'amélioration considérable de l'état général de la malade, M. Gangolphe se décide le 13 février à fermer l'anus artificiel.

Il le fait d'une manière tout à fait simple, en avivant le pourtour de la fistule; il fait ensuite un triple plan de suture : intestin, paroi, peau.

Mais, le soir de l'intervention, retour des phénomènes d'occlusion; la malade éprouve de vives douleurs, surtout au niveau de la fosse iliaque gauche, son abdomen est distendu; enfin, le lendemain, la température atteint $39^{\circ}4$, le pouls est à 140, rapide, petit; la dyspnée est assez accentuée; aussi est-on obligé de faire sauter les plans de suture de l'anus et aussitôt on constate le retour à un état meilleur; la température devient normale; le surlendemain, les forces et l'appétit reprennent rapidement.

Enfin, la malade ayant de nouveau repris une santé excellente, comme l'anus persistait quoique réduit à une fistule minuscule, M. Gangolphe décide de faire une troisième intervention, mais curative, afin de détruire la cause de ces phénomènes d'occlusion à répétition.

C'est son suppléant, le Dr Desgouttes, qui, le 10 mars 1907, fait cette troisième intervention.

Une grande incision médiane sous-ombilicale allant de la symphyse à l'ombilic met à découvert toute la portion pelvienne de l'abdomen. On découvre un utérus un peu déjeté à droite et retroversé en arrière dans le Douglas; cet utérus est gros, tuméfié, congestionné, le péritoine est épaissi et enflammé à sa surface; de chaque côté et en arrière de l'utérus, on découvre deux annexes volumineuses

et enflammées, les deux ovaires sont peu lésés, mais de chaque côté il y a un pyosalpinx assez gros.

Ces deux annexes sont également rejetées dans le Douglas et n'apparaissaient pas au premier abord, car on trouve en arrière de l'utérus et au devant du rectum une sorte de poche kystique à parois très épaisses, de forme arrondie et semblant venir du Douglas.

Ce n'est qu'après avoir saisi le fond utérin à l'aide d'une pince de Museux et l'avoir attiré en avant et en haut que l'on reconnaît qu'il s'agit d'une anse intestinale disposée en U et unie à sa base par les deux extrémités aux deux annexes, celles-ci jouant le rôle de pinces tendant à se réunir. L'adhérence du côté gauche est plus large et plus serrée que celle de côté opposé ; c'est, d'ailleurs, en ce point que se trouve la sténose de la lumière de l'intestin ; à cette même annexe gauche adhère, mais sur une petite surface, l'S iliaque.

Pas de liquide dans le Douglas, pas de péritonite en dehors de l'utérus et des tumeurs annexielles.

Les adhérences intestinales sont décollées avec beaucoup de prudence, mais non sans peine.

Puis M. Desgouttes procède à l'ablation complète des annexes et de l'utérus, ce qui se fait assez rapidement. Des mèches et un drain sont introduits par le vagin et la plaie vaginale dans la région opératoire, le drain ressort par l'incision abdominale. On fait donc un drainage abdomino-vaginal. Des mèches sont également introduites par l'extrémité inférieure de l'incision abdominale, fermeture de la paroi par trois plans de suture. La température est, pendant deux jours, assez élevée, mais l'état général est satisfaisant, l'anus artificiel fonctionne d'abord seul, puis, trois jours après, des gaz sortent par l'orifice ano-rectal. Les mèches sont échangées le quatrième jour, on les enlève complètement le huitième. Les suites sont bonnes, en somme, car la température tombe rapidement.

La malade se nourrit bien, les selles rectales deviennent

journalières, aidées, il est vrai, par des lavements, et l'anus artificiel s'oblitére bientôt complètement. Les fils métalliques de la paroi sont enlevés le dixième jour. La cicatrice est déjà solide.

Malheureusement, quatorze jours après l'intervention, la malade se plaint de douleurs dans le membre inférieur gauche, surtout à la cuisse et au genou, et, de préférence, pendant la marche; un examen un peu attentif fait faire le diagnostic de phlébite atténuée, malgré l'absence d'œdème, seulement par la dilatation veineuse, l'empâtement léger de la cuisse et surtout les douleurs. Une immobilisation complète en gouttière est aussitôt établie.

Guérisson rapide, la malade sort le 10 mai, c'est-à-dire un mois après son opération.

B. — OBSTRUCTIONS PAR ADHÉRENCES

II. OBSERVATION DE COSSY.

(*Mémoires de la Société d'observations*, 1856.)

Résumé. — Une cuisinière de trente-cinq ans entra à l'hôpital Baujon le 13 février 1843.

Sept semaines avant son entrée à l'hôpital, cette femme, enceinte pour la troisième fois, fait une fausse couche à deux mois et demi environ; hémorragie médiocrement abondante, mais à partir de ce moment, elle fut constamment malade, plus ou moins. Dans les trois semaines qui suivirent l'accident, sensation de poids et douleurs sourdes dans le bas-ventre avec tumeur dans cette région, constatée, dit-elle, par le médecin qui la soignait. Selles naturelles, écoulement vaginal abondant. Au bout de ces trois semaines, il y a un mois environ, apparition de coliques souvent très intenses dans le bas-ventre avec augmentation notable de son volume; selles très liquides, rares et très

peu abondantes, nausées fréquentes sans vomissements. Ces divers accidents persistent, tantôt plus, tantôt moins marqués; la malade s'affaiblit, perdit son embonpoint, et garda constamment le lit sans faire aucun traitement actif.

A son entrée à l'hôpital (13 février), elle est dans un état de faiblesse extrême. Pas de vomissements, mais nausées fréquentes. Le ventre est très gros, tendu; tympanisme partout, sauf dans l'hypogastre. Dans cette région, on sent une masse arrondie peu sonore qui dépasse de quatre travers de doigt environ le rebord du pubis.

Par intervalles irréguliers surviennent des coliques intenses occupant toute la région moyenne du ventre, plus intenses à gauche, et pendant la durée desquelles on voit se former des bosselures intenses très prononcées, sonores, qui se dessinent un instant sur la paroi abdominale, puis disparaissent. Quelques gaz par l'anus; pouls à 100.

A partir de ce premier examen jusqu'au 31 mars où la malade succomba dans un état de maigreur et de faiblesse extrêmes, les symptômes varièrent peu. Ainsi le ventre conserva jusqu'à la fin un météorisme considérable avec relief d'abord momentané, puis permanent des anses intestinales à sa surface. Les coliques ne se calmèrent un peu que dans les huit ou dix derniers jours; nausées persistantes; du 28 février au 9 mars, vomissements de matières vertes et amères. A quelques exceptions près, il y eut tous les jours une ou deux selles très liquides, peu abondantes et sans ténesme.

Autopsie. — Pas d'épanchement dans le péritoine. Dilatation considérable de l'intestin grêle dont plusieurs anses concourent à former les parois d'un foyer situé dans l'excavation pelvienne.

L'excavation du bassin est plus qu'à moitié remplie par une tumeur qui occupe toute sa moitié droite, s'avance même de façon à dépasser à gauche la ligne médiane et remonte supérieurement jusqu'au niveau de l'angle sacro-vertébral. Cette tumeur est un kyste séreux de l'ovaire

droit. Le tissu ovarien a disparu complètement. A gauche et en avant de ce kyste, l'excavation du bassin est transformée en un foyer anfractueux, plein d'un liquide jaunâtre, très fétide. Ce foyer formé dans le péritoine pelvien est borné supérieurement par des anses d'intestin grêle qui adhèrent entre elles ainsi qu'au kyste décrit et au pourtour du détroit supérieur du bassin, au moyen de nombreuses fausses membranes. En suivant l'intestin grêle de bas en haut à partir du cæcum on trouve successivement : d'abord une partie intestinale absolument normale ; au delà, sur une longueur de deux pieds, l'intestin adhère en formant de nombreuses sinuosités et des coudes anguleux. Puis, sur une longueur de trois pieds, les circonvolutions sont libres, n'adhèrent nullement, mais sont notablement dilatées (12 centimètres de circonférence) avec épaissement bien prononcé des parois intestinales, dû surtout à la muscularis. Enfin, au delà on trouve de nouveau des anses intestinales adhérentes. Elles sont au nombre de trois et avoisinent l'S iliaque du côlon ; la dernière, largement perforée à sa partie la plus déclive qui atteint le niveau du détroit supérieur du bassin, s'ouvre dans le foyer à côté d'une perforation également très large de l'S iliaque. Les 3/5 supérieurs de l'intestin, libres d'adhérence, offrent un calibre considérablement agrandi et une hypertrophie très manifeste de la musculaire. L'intestin grêle contient une quantité considérable de matières liquides. Le gros intestin n'offre rien de remarquable. Il n'est pas dilaté et ne présente que cette ulcération au niveau de son S iliaque. Cette perforation est ovalaire, longue de 3 centimètres, à bords frangés ; elle fait communiquer largement l'intestin avec le foyer du bassin.

Rien de particulier aux autres organes. Il s'agit d'un engouement incomplet de l'intestin causé par l'adhérence de divers points de la moitié inférieure de l'iléon au détroit inférieur du bassin, ainsi qu'à un kyste séreux de l'ovaire droit.

III. OBSERVATION.

(*Lyon médical*, 1902, t. II, séance du 28 mai.)

M. Moutagard présente une malade du service de M. le Dr Rollet :

P. A., trente-huit ans. Pas d'antécédents héréditaires, a toujours joui d'une parfaite santé. Réglée régulièrement.

Mariée, a eu deux enfants en bonne santé.

La malade entre dans le service de M. Rollet, le 24 avril, souffrant depuis quinze jours de douleurs abdominales violentes et continuelles. Elle avait eu chez elle des vomissements peu abondants et peu nombreux, jamais de vomissements fécaloïdes. Son ventre ballonnait peu à peu et à son entrée, on trouve un abdomen très distendu, très sonore, avec une zone de matité peu étendue dans la fosse iliaque droite. A la pression, on relève, à ce niveau, une douleur assez vive. Pas d'empâtement, pas de fluctuation. La malade urine spontanément, elle s'alimente mal et ne va pas à la selle depuis deux jours.

Au toucher vaginal on sent une masse dans le vagin; les culs-de-sac vaginaux sont libres. Le col est entr'ouvert. L'utérus est fixé.

L'état général est mauvais, le facies grippé, le pouls petit, il n'y a pas de température.

On pense à une obstruction intestinale consécutive à une appendicite.

Opération. — M. Rollet fait une intervention le 25 avril. Laparotomie latérale droite. Après incision, on ne retrouve pas de collection appendiculaire, mais de nombreuses adhérences dans le petit bassin. L'intestin est très distendu, congestionné avec de grosses varicosités sur les parois; les tuniques sont fissurées circulairement, prêtes à se rompre.

M. Rollet déroule plusieurs mètres d'intestin grêle afin de découvrir l'obstruction. Mais cette manière est difficile en raison de la distension énorme des anses et d'une perfora-

tion imminente. On sent très nettement la tumeur utérine adhérente aux parois du bassin. Ne pouvant pas tenter l'ablation de la tumeur, ni continuer la recherche de la cause de l'obstruction, M. Rollet fait une entéro-anastomose entre le bout dilaté et le bout atrophié de l'intestin à l'aide du bouton de Villard. On referme l'abdomen sans drainage. Les suites opératoires furent très simples malgré une élévation de température à 39 degrés le soir de l'opération, le lendemain 38 degrés et 37⁰⁵. On alimente légèrement la malade et spontanément elle va à la selle très abondamment.

On n'a pas retrouvé le bouton dans les selles.

Le 2 mai, on enlève les fils, la plaie est cicatrisée.

Le 25 la malade va très bien, elle se plaint simplement de pesanteurs abdominales pendant la marche, disparaissant d'ailleurs par le port d'un pansement ou d'un bandage.

IV. OBSERVATION DE COMTE.

(*Revue de la Suisse Romande*, 1892.)

Le 20 février, je suis appelé à voir en consultation une dame de vingt-quatre ans qui depuis huit jours était atteinte d'ileus avec vomissements fécaloïdes. Au moment où éclatèrent ces accidents d'occlusion, la malade était déjà très affaiblie par une paramérite survenue après une fausse couche. Malgré l'état général très mauvais, l'opération est décidée, vu l'âge de la malade, et le fait que l'occlusion était survenue au cours d'une paramérite et était probablement due à une soudure de l'intestin par adhérences.

L'opération ne fut pratiquée que le lendemain soir, vu l'hésitation de l'entourage de la malade ; j'arrivai assez vite sur l'obstacle. Toute une anse intestinale grêle se trouvait fixée au fond du Douglas par des adhérences. Ça et là un peu de péritonite au début.

Après une amélioration passagère, la malade s'affaiblit

progressivement et meurt le 2 mars, c'est-à-dire dix jours après l'opération.

V. OBSERVATION DE POZZI.

(Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1871.)

La malade entre à Necker avec des signes d'obstruction intestinale : elle n'avait pas été à la selle depuis seize jours et avait déjà des vomissements fécaloïdes.

Elle avait eu l'année dernière une pelvi-péritonite, surtout marquée à gauche ; les mêmes douleurs avaient reparu cette année sans cause connue et avaient été suivies de nouveaux phénomènes qui amenaient la malade à l'hôpital. On trouvait au toucher, en arrière de l'utérus, une tumeur si dure que l'on se demanda si l'on n'avait pas affaire à une exostose du sacrum.

A l'autopsie, on trouve dans le cul-de-sac recto-vaginal deux poches purulentes à parois épaisses ; l'une est très voisine du rectum, le contenu est crémeux, et la membrane qui les tapisse a l'aspect d'une membrane pyogénique ; ces deux poches communiquent entre elles par un orifice ; l'une d'elles présente une seconde ouverture par laquelle on arrive le long du rectum à une nappe purulente de suppuration diffuse et à un orifice creusé à travers l'intestin ; les deux poches se vidaient, mais par regorgement, dans le rectum ; au dessus de la nappe de pus s'étaient formées des fausses membranes qui, elles, étranglaient l'S iliaque de façon à amener l'obstruction intestinale ;

VI. OBSERVATION DE FONTAN.

(Société anatomique, 1864.)

Anastasie G..., trente-cinq ans, entre le 26 décembre 1863 à la maison municipale de santé avec des symptômes

d'occlusion intestinale aiguë. N'aurait jamais eu aucun rapport sexuel. Rien de bien net dans les antécédents si ce n'est plusieurs atteintes probables de péritonite sans étiologie caractérisée.

Traitée par les moyens médicaux, succombe le 2 janvier.

Autopsie : traces de pelvi-péritonite ancienne qui a fusionné l'utérus et deux anses d'intestin grêle en une masse commune.

VII. OBSERVATION BROCA.

(*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XIX.)

Il s'agit d'une malade de trente-neuf ans admise à l'hôpital de Lourcine le 4 octobre 1853.

Trois enfants, dernier accouchement il y a dix ans. Aucune maladie antérieure à l'affection actuelle dont elle fait remonter le début à une année. A cette époque, les règles se suppriment tout à coup et n'ont jamais reparu depuis. En même temps apparurent des douleurs hypogastriques arrachant par leur violence des cris continuels à la malade. Coliques fréquentes, constipation habituelle, que les purgatifs eux-même avaient de la peine à vaincre. Ces souffrances devenant continuelles, l'amènèrent à l'hôpital.

Examinée par le vagin, l'utérus est trouvé en antéverson très prononcée. Le col gros, granuleux, laisse écouler des matières glaireuses et purulentes. Les jours qui suivent l'entrée à l'hôpital : repos au lit, manœuvres de redressement de l'utérus.

Le 12, les douleurs redoublent, la fièvre apparaît, les premières nausées se manifestent.

Le 13, pouls à 100, vomissements bilieux.

Le 15, amélioration notable, plus de fièvre, les douleurs abdominales ont disparu, la palpation du ventre n'éveille aucune douleur.

Le 20, aggravation assez brusque, vomissements verdâtres qui d'ailleurs avaient persisté bilieux, continuellement même au moment de l'amélioration la plus prononcée.

La malade n'a pas été à la selle depuis son entrée à l'hôpital.

Le 21, vomissements verdâtres, pouls filant, face terreuse, ventre ballonné.

Le 22, aggravation des symptômes.

Le 23, mort.

Autopsie : l'estomac, le duodénum, l'iléon sont très tendus jusqu'à environ 60 centimètres de la valvule iléo-cæcale; à ce niveau, l'intestin adhère au bord supérieur de l'utérus et se rétrécit rapidement; au-dessus, il a 16 centimètres de circonférence; au-dessous, il est réduit au volume d'un petit doigt.

L'utérus est en antéversion, il ne présente aucune altération.

A gauche, le ligament rond, la trompe et l'ovaire sont sains, mais à droite les deux organes sont profondément altérés.

La trompe droite est tellement développée qu'on pourrait, au premier abord, la prendre pour une anse intestinale de petit volume, elle décrit une courbe en fer à cheval; par sa face concave et par sa face inférieure elle adhère au péritoine utérin et, au niveau de sa terminaison, elle adhère à la fois au rectum et à l'utérus. Toutes ces adhérences sont courtes, résistantes; quant à l'ovaire droit, il est impossible d'en retrouver la trace.

La cavité de cette trompe renferme une quantité assez considérable de pus couleur chocolat; elle est close de toutes parts et ne communique ni avec l'utérus ni avec le péritoine. Les parois sont épaisses et résistantes (1 mm. 5).

Au niveau de l'angle de l'utérus et de la trompe droite existe une petite collection purulente; le pus est blanchâtre, épais.

En dehors de ces adhérences dont nous avons parlé et qui paraissent anciennes, on en trouve là quelques-unes récentes, blanchâtres, non encore organisées. Il y a eu deux péritonites, l'une ancienne, l'autre d'origine naissante.

VIII. OBSERVATION DE NÉLATON.

(*Gazette des hôpitaux*, 1892.)

Femme de vingt-huit ans, bien portante jusqu'au 3 septembre dernier. Pendant ses règles, elle fut prise de coliques très vives avec maximum dans la fosse iliaque droite. Le soir même, lavement purgatif sans résultat.

L'arrêt des gaz et des matières ne laisse aucun doute sur l'existence d'une occlusion intestinale.

Conduite à l'hôpital, la malade voit le troisième jour ses vomissements cesser; les coliques et le météorisme diminuent d'intensité.

Le cinquième jour, elle rend des gaz. Trois jours après, l'huile de ricin amène une débâcle.

25 septembre. — En même temps que les règles, les symptômes d'occlusion intestinale se reproduisent.

Le toucher rectal à ce moment-là décèle, à 6 centimètres au-dessus de la marge de l'anus, un rétrécissement en forme de fer à cheval, constitué par du tissu ayant envahi les parois antérieure et latérale du rectum. Cette masse se continuait avec l'utérus et semblait provenir d'une hémato-cèle ancienne et d'un hémato-salpinx.

Intervention par voie vaginale. Division des adhérences qui réunissaient le rectum à l'utérus rétroversé.

La trompe, atteinte de salpingite catarrhale légère, n'est pas touchée. Examinant alors le rectum, on constate que l'étranglement a disparu avec le redressement de l'utérus.

IX. OBSERVATION DE RANZI.

(Casuistiche Mittheilungen über inneren Darn Vaschluss,
Archiv. für klin. Chirurg., 1873-1904.)

M..., femme de trente-quatre ans (15 septembre 1903), six grossesses normales antérieures, la dernière datant de deux mois. Après ce dernier accouchement, pendant quelques jours un peu de fièvre, mais pas du tout depuis un mois.

Dernière selle il y a douze jours; depuis huit jours, coliques et douleurs.

Ventre ballonné, météorisé. L'obstacle semble siéger du côté gauche. On voit de petits mouvements péristaltiques.

Tympanisme partout.

Au niveau de la paroi antérieure du rectum, on sent une infiltration énorme péri-utérine.

Laparotomie médiane. La cause de la sténose est des adhérences périmétriques qui compriment le rectum.

Anus artificiel sur le côlon transverse.

Guérison.

Dilatation ensuite avec des bougies.

On ferme l'anus artificiel le 12 novembre 1903.

X. OBSERVATION DE WATKINS.

(*Transactions of the Chicago Gyn. Soc.*, 1902.)

M. N..., dix-neuf ans, enceinte de sept mois, présente tous les signes d'une occlusion intestinale.

L'intervention par laparotomie médiane montre l'anse sigmoïde adhérente aux annexes gauches. La plus grande partie du ligament large gauche est déchirée, séparée de l'utérus. Les adhérences étaient si étendues qu'il était impossible de trouver l'ovaire et la trompe gauche et les

lésions de l'utérus, du ligament et du mésentère étaient telles qu'il était nécessaire d'enlever l'utérus.

En suturant le ligament large, on trouva l'ovaire gauche enfoui dans une masse d'adhérences et un mouvement spontané des gaz dans l'intestin eut lieu avant que la suture ne fût terminée.

La malade succomba trente heures après l'intervention.

L'épuisement de la malade, les vomissements incessants, l'albumine très abondante furent probablement les facteurs importants de cette mort.

XI. OBSERVATION DE BAUBY.

(*Archives médicales de Toulouse, 1904.*)

M^{me} X.,., vingt-cinq ans, occlusion intestinale aiguë.

Intervention. — Dans la fosse iliaque droite, une des dernières portions de l'iléon est solidement fixée par des adhérences qui ont eu manifestement pour point de départ une salpingite tuberculeuse, car la trompe droite, fixée à l'intestin, est épaisse, contournée et couverte de granulations en voie de guérison par transformation fibreuse.

Guérison complète.

XII. OBSERVATION DE BAUBY.

(*Archives médicales de Toulouse, 1904.*)

Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, dans les antécédents de laquelle on trouve plusieurs poussées très nettes d'annexite aiguë avec léger degré de pelvi-péritonite.

Après une quinzaine de jours de malaise, courbature, coliques, diarrhée, nouvelle crise utéro-annexielle très violente avec signes nets d'obstruction intestinale.

Le toucher permet de diagnostiquer de chaque côté de

l'utérus une tuméfaction inflammatoire dont l'incision par le cul-de-sac postérieur permet l'évacuation d'une certaine quantité de pus.

Perforation du rectum.

Guérison simple.

XIII. OBSERVATION DE RICHARD CROWLE.

(*British Medical Journal*, 1882.)

F. P..., cinquante-six ans, admise à l'hôpital Sainte-Marie, service de M. Walther Pye, pour obstruction intestinale.

Fait remonter ses troubles de la défécation avec alternation de diarrhée et constipation à une fracture du col du fémur contractée huit mois auparavant. Il n'y eut jamais d'écoulement de sang par le rectum.

Huit jours avant son admission à l'hôpital, après une constipation constamment croissante, les symptômes d'occlusion aiguë éclatèrent avec vomissements, tympanisme, coliques violentes. Cette occlusion persistait absolue lors de son entrée. On dut évacuer l'urine par cathétérisme.

Le toucher rectal permit de percevoir une masse volumineuse, grosse comme une tête de fœtus, médiane, élastique, située entre l'utérus et le rectum; la cause de l'obstruction réside évidemment dans la compression exercée en arrière par cette masse.

Intervention par le rectum; un trocart introduit permet l'évacuation d'un flot de pus.

La douleur cessa comme aussi les symptômes persistants d'occlusion intestinale. La malade eut immédiatement trois selles évaluées à trois pintes; l'obstruction ne reparut plus.

La malade succomba à une cellulite pelvienne, accompagnée de fièvre adynamique avec perte rapide des forces, onze jours après la rechute.

XIV. OBSERVATION DE GAY.

(Citée par Duchaussoy dans son mémoire sur
l'Anatomie pathologique des étranglements internes, 1860.)

La fin de l'iléon adhère au fond d'un utérus malade. Cette adhérence a produit un rétrécissement très considérable du calibre de l'intestin et a fait naître l'étranglement.

XV. OBSERVATION DE ROSTUM.

(*Archives générales de médecine*, 1829.)

Constriction de l'intestin produite par une trompe utérine dont l'extrémité flottante a contracté une adhérence avec les parties voisines.

C. — OBSTRUCTION PAR BRIDES PRODUISANT
ÉTRANGLEMENT

XVI. OBSERVATION DE BÆCKEL.

(*Revue de chirurgie*, 1881.)

M. X..., vingt-huit ans, accouche le 20 décembre de son sixième enfant. Le troisième jour éclate une pelvi-péritonite, le 23 dernière selle.

Symptômes nets d'occlusion : météorisme, tension abdominale, facies grippé, pouls à 120.

Pas de vomissements.

Intervention le 5 janvier. Anses intestinales tortement distendues. Bride de 5 millimètres d'épaisseur environ, oblique de bas en haut et de gauche à droite. Son extrémité droite s'insère sur le côlon ascendant qui se trouve attiré

vers la ligne médiane. Son extrémité gauche s'insère sur l'angle gauche de la matrice au-dessus du ligament de la trompe. En dessous de la bride, et appliquée contre le bas fond de l'utérus, on constate une anse intestinale comprimée, étranglée et tordue sur elle-même. Sillon sur l'intestin correspondant à l'étranglement.

L'anse étranglée se trouve entourée et en partie recouverte d'anses d'intestin grêle agglutinées entre elles par des adhérences assez nombreuses.

Section et guérison simple.

XVII. OBSERVATION GAYET-PALASSE.

(Société des sciences médicales, *Lyon Médical*,
Séance du 29 avril 1903.)

M. Palasse présente une malade qui a été opérée le 15 avril, par M. Gayet dans le service de M. le professeur Jaboulay. Elle est âgée de trente-cinq ans et elle exerce la profession de sage-femme.

Dans ses antécédents, on note une rougeole à l'âge de deux ans; elle aurait eu trois fois la fièvre scarlatine et deux fois la fièvre typhoïde.

A l'âge de vingt-six ans, elle eut un ictère catarrhal pour lequel elle fut soignée à l'Hôtel-Dieu et qui dura un mois. Depuis cette époque, elle est sujette à des crises douloureuses siégeant dans les régions épigastrique et hépatique, crises fréquentes mais qui ne s'accompagnent ni de vomissements, ni de fièvre et qui ne l'obligent pas à s'aliter.

Elle a été réglée à seize ans et depuis toujours régulièrement. Elle n'a jamais eu de pertes blanches, ni de douleurs du côté des annexes.

Elle a eu quatre enfants, deux sont morts, dont un de méningite à quatre ans.

Au mois de janvier dernier, elle eut une fausse couche de deux mois; la délivrance fut incomplète et pendant

quatre semaines elle eut des pertes fétides avec douleurs abdominales, sans vomissements ni fièvre, mais présenta un œdème douloureux des membres inférieurs.

Au mois de mars, à l'époque ordinaire de ses règles, elle n'eut qu'une hémorragie insignifiante et elle eut pendant vingt-quatre heures des douleurs pelviennes très vives.

Au commencement du mois d'avril, les règles furent abondantes pendant douze jours. Quand elles cessèrent, la malade se mit à ressentir des douleurs violentes dans l'abdomen avec grands vomissements, absence de selles et de gaz sans fièvre, c'était alors le 11 avril : un calme relatif s'établit pendant deux jours, puis les accidents reprirent, le pouls s'accéléra, et ses médecins, les docteurs Fabre et Chapotot, l'envoyèrent à l'Hôtel-Dieu, avec le diagnostic ferme d'occlusion intestinale, de cause indéterminée.

A l'examen, le ventre était assez peu ballonné et surtout sur la ligne médiane. A la percussion on trouvait un peu de tympanisme, et on pouvait voir de temps en temps des ondes péristaltiques sur la paroi.

Au toucher vaginal on trouvait le cul-de-sac droit un peu résistant et l'utérus un peu incliné de ce côté, ce qui concordait avec ce que les médecins apprirent d'une collection droite ayant existé auparavant.

Le pouls était un peu rapide, sans fièvre ; la malade avait un peu d'agitation. Devant cet ensemble de symptômes, M. Gayet se décida à intervenir immédiatement en portant le diagnostic d'occlusion intestinale probablement par adhérences péritonéales.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le tablier épiploïque est adhérent aux deux points à la partie inférieure de la paroi. Ces adhérences sont liées au catgut et sectionnées.

Les anses intestinales qui se présentent ensuite sont normales. En les relevant, on aperçoit dans le fond, un peu à gauche, une anse distendue qui conduit sur un point

où l'anse est serrée étroitement et maintenue par une bride fibreuse reliant deux anses intestinales. On lie cette bride de chaque côté à son insertion et on la résèque. L'intestin était sain. L'appendice renflé en battant de cloche paraissait sain et ne fut pas touché. Les suites opératoires ont été simples, pas de température.

Vingt-quatre heures après, la malade émettait des gaz, et un lavement administré quarante-huit heures après l'intervention provoquait une abondante évacuation.

Actuellement la malade est guérie.

En somme, il s'agissait d'une pelvi-péritonite ancienne ayant créé des adhérences multiples dans la cavité péritonéale. L'intestin s'est trouvé engagé dans une de ces brides ainsi formées et il s'est étranglé. Il faut noter que l'intervention a été pratiquée d'assez bonne heure, malgré les rémissions que présentait la marche des accidents, et cette conduite a pu assurer un succès opératoire complet.

M. Gayet fait remarquer que l'origine annexielle de cette péritonique plastique n'est pas certaine; les annexes semblaient intactes. La malade ayant présenté antérieurement une adénite cervicale tuberculeuse, il est possible que la bride trouvée ait la même origine.

XVIII. OBSERVATION JABOULAY-VORON.

(Communication à la *Société des Sciences médicales de Lyon*, 1898.)

M. Voron rapporte le cas d'une multipare de six enfants qui fait le 7 octobre 1897 un avortement à deux mois, à la suite duquel elle a un peu de fièvre et quelques douleurs abdominales. Au bout de quelques jours, elle reprend ses occupations; de temps à autre, après les efforts, les fatigues un peu prolongées, le ventre se météorise, devient douloureux; la constipation est habituelle.

Dans la nuit du 28 décembre, et sans autres prodromes,

la malade est réveillée par de violentes coliques avec vomissements alimentaires.

Le lendemain, aggravation : vomissements redoublent, douleurs augmentent ; selles et gaz sont totalement supprimés.

Le dimanche 2 janvier, entrée à l'hôpital. Ventre ballonné, presque plat, non douloureux à la pression, facies pâle, traits tirés, pouls bon. Pas de température.

M. Jaboulay fait le diagnostic d'occlusion intestinale siégeant sur l'intestin grêle et due probablement à une bride péritonéale consécutive elle-même à une pelvi-péritonite.

Laparotomie immédiate : une bande fibreuse comprimait fortement l'intestin au niveau du petit bassin ; sillon profond de la couche péritonéale.

Guérison rapide.

XIX. OBSERVATION DE GOTTSCHED.

(*Königsberger medicinische Jahrbücher*, 1869.)

Femme de trente-neuf ans. IV pare. Le grand épiploon était adhérent à droite à la face antérieure de l'utérus ; sur la ligne médiane, partant du fond de l'utérus, une bride fibreuse s'étendait jusqu'à la partie inférieure droite du grand épiploon ; cette bride formait un peu au-dessus du promontoire un anneau étroit dans lequel s'était insinuée une anse d'intestin grêle.

XX. OBSERVATION DE BRAUX.

(*Presse médicale*, 18 novembre 1903.)

M. P..., quarante ans, souffre depuis six mois de constipation opiniâtre, avec ballonnement.

Brusquement, le 26 juillet, douleur intense, coliques, vomissements, facies péritonéal.

Laparotomie médiane : dans la fosse iliaque droite, une bride volumineuse enserre étroitement une anse grêle ; cette bride va de la trompe à la paroi du bassin.

Section de la bride, gargouillement caractéristique. Guérison sans encombre, la malade n'eut de selles qu'au bout de huit jours, mais disparition immédiate des douleurs après intervention.

XXI. OBSERVATION DE MANOURY.

(Thèse de Paris, 1819.)

Esther Tréhan, trente-cinq ans, entre le 11 juillet 1817 à l'Hôtel-Dieu avec des symptômes d'occlusion intestinale aiguë.

Traitée par les moyens médicaux, elle succombe le 21.

Autopsie : l'appendice iléo-cæcal par son extrémité libre a contracté des adhérences avec le péritoine pelvien enflammé. Horizontalement dirigée de droite à gauche, cette adhérence forme un pont sous lequel une anse de la fin de l'iléon s'est introduite et se tord sur elle-même.

XXII. OBSERVATION DE BRUN.

(*Société anatomique*, t. IX.)

Etranglement interne causé par une double bride, partant de la face postérieure de la matrice et allant se fixer au péritoine qui revêt la face antérieure du sacrum. Une anse complète d'intestin s'était engagée dans cette espèce de pont formé par cette bride. Les symptômes d'étranglement avaient été des plus intenses, et cependant l'anse intestinale étranglée n'était que peu altérée.

XXIII. OBSERVATION DE PETER.

(*Gazette des Hôpitaux*, 1871.)

L'autopsie montre une bride pseudo-membraneuse étendue d'un bout à l'autre d'une fosse iliaque et étranglant une anse intestinale. Cette bride se relie à d'autres adhérences pelviennes, vestiges d'une pelvi-péritonite ancienne.

XXIV. OBSERVATION DE GAUBRIC.

(*Société anatomique*, 1841.)

Une femme de soixante et un ans meurt en une nuit d'occlusion intestinale aiguë.

Aulopsie : la trompe, l'ovaire et le ligament rond du côté gauche formaient une bride qui allait adhérer au péritoine de la face postérieure de la vessie ; une anse d'intestin grêle d'1 m. 50 s'engageait sous cette arcade.

D. — OBSTRUCTIONS PAR BRIDES PRODUISANT
COUDURE

XXV. OBSERVATION.

(*Clinique du professeur Jaboulay*, t. I, p. 18.)

M^{me} C., trente-deuxans, entre le 14 avril 1900 à la salle Saint-Paul pour des accidents d'occlusion intestinale datant de huit jours. Début subit sans cause nette par des coliques et des douleurs abdominales. A son entrée, douleurs dans tout l'abdomen, coliques très violentes, intermittentes. Ventre tendu, météorisé. Quelques vomissements bilieux, pas de vomissements fécaloïdes. Selles complè-

tement arrêtées depuis le début. Urines presque nulles. Etat général assez bon.

Dans ses antécédents personnels on découvre une affection pelvienne, un métro-salpingite à la suite de son dernier accouchement (il y a dix-neuf mois) avec pelvi-péritonite, d'où M. Jaboulay porte le diagnostic probable d'occlusion intestinale due à une bride de pelvi-péritonite ancienne.

A l'intervention on trouve une laparotomie allant de l'ombilic au pubis des anses grêles très dilatées, puis surtout une bride allant des parois du petit bassin à la partie terminale du côlon ilio-pelvien.

Vingt et un jours après l'opération, la malade est complètement rétablie, mange avec appétit, a des selles régulières.

La malade est revenue quatre ans après dans le service avec ces mêmes phénomènes d'occlusion. Opérée huit jours après son entrée, dans un très mauvais état, elle est morte rapidement et à l'autopsie on a trouvé de très nombreuses brides et adhérences dans tout le petit bassin.

XXVI. OBSERVATION DE LOUIS.

(*Archives générales de médecine*, 1^{re} série, t. XIV.)

Il s'agit d'une femme de trente et un ans, d'une constitution primitivement assez forte, qui fut prise, trois mois avant son entrée à la Charité, de douleurs vagues et mobiles dans le ventre, de nausées, de vomissements de bile, soit vive, et de quelques frissons suivis de chaleur. A l'exception des frissons, les symptômes avaient persisté dans les deux mois qui suivirent. L'anorexie était complète et il n'y avait de selles que par lavement.

Le lait comme seul aliment ; application de sangsues sur le ventre ; pas de purgatifs.

Dans les quinze derniers jours, aggravation des symptômes, constipation opiniâtre qui résiste aux lavements, vomissements bilieux très fréquents, ventre très volumineux.

Le 1^{er} mai, lendemain de l'entrée à l'hôpital, anxiété, figure souffrante mais non altérée, d'un rouge assez vif ; cris plaintifs, intelligence nette. Langue rouge et sèche, soif vive, quelques nausées. Le ventre volumineux dépassait le niveau de la poitrine de plus d'un demi-pouce, était sonore partout, peu sensible à la pression et, au moment de l'exaspération des douleurs qui étaient vives depuis quatre jours et s'exaspéraient à intervalles assez rapprochés, les circonvolutions intestinales se dessinaient largement à la surface, supérieurement surtout. Constipation ; chaleur peu élevée, pouls presque imperceptible, respiration peu accélérée ; toux nulle.

Vingt sangsues sur le ventre, lavement avec trente grammes d'huile de ricin.

L'écoulement de sang fut médiocre, il n'y eut ni vomissements, ni selles.

Le 2, au matin, la figure est moins colorée, les traits sont calmes, non altérés ; les douleurs moindres ; le météorisme du ventre comme la veille. La langue est sèche et un peu rouge ; le voile du palais est aussi d'un rouge assez vif à son pourtour ; la respiration est un peu haute, le pouls presque imperceptible.

Lavement purgatif ; quatre pilules de calomel de 1 décigramme chacune.

La malade poussa des cris presque continuels, souffrit beaucoup le reste du jour ; eut, au rapport de ses voisines, deux petites selles, beaucoup d'agitation et conserva sa connaissance pour ainsi dire jusqu'à la mort qui arriva le lendemain à 2 heures.

Ouverture du cadavre trente heures après la mort. — Maigreux extrême, ventre encore plus volumineux que pendant la vie. Aucune altération de quelque importance

dans les organes de la tête, du cou et de la poitrine. Nul épanchement dans l'abdomen. Les circonvolutions intestinales parfaitement libres, sans trace de fausses membranes, étaient larges, volumineuses, recouvraient l'estomac, refoulaient le diaphragme.

Il existe dans l'iléon, à peu de distance du cœur, un obstacle au cours des matières fécales. L'intestin à ce niveau se portait presque verticalement de haut en bas vers l'utérus atrophié, adhérait à la face postérieure et latérale de ce dernier et à la face antérieure de l'ovaire droit par un tissu filamenteux très dense, se repliait ensuite sur lui-même en arrière et à gauche, dans une position horizontale parallèle à la première, revenait bientôt encore sur lui-même à droite, pour se diriger ensuite en haut et s'aboucher après un court trajet dans le cæcum. Ces trois replis de l'iléon étaient réunis entre eux par d'étroites adhérences et représentaient assez bien, par leur direction, une espèce de Z dont les branches parallèles seraient rapprochées. La partie d'intestin qui leur correspondait avait environ quatre pouces de long, et l'on en comptait huit de leur terminaison au cæcum ; en tout douze pouces depuis ce dernier jusqu'au point où commençaient les adhérences de l'iléon.

A l'intérieur, l'intestin grêle contenait une très médiocre quantité de gaz et une énorme quantité de matières fécales dont les premières traces évidentes commençaient à quinze pouces du duodénum ; elles étaient verdâtres et pultacées. Depuis le duodénum jusqu'au point où commençaient les adhérences avec l'utérus, les parois de l'intestin étaient singulièrement élargies et épaissies ; mesurées à des distances égales elles avaient, à compter du duodénum : 5 pouces, 5 1/2, 6, 6 1/2, 7, 6, 5 1/2 pouces de développement. Leur augmentation d'épaisseur était due presque entièrement à la membrane musculaire qui avait près d'un millimètre d'épaisseur dans la moitié voisine des adhérences et donnait à cette partie une fermeté pareille à celle de l'estomac dans le voisinage du pylore.

La membrane muqueuse, doublée d'épaisseur, était partout très ramollie ; et sur le bord libre des valvules conniventes qui étaient réduites à une simple crête, elle était criblée d'une foule de petites ulcérations de la largeur d'un grain de millet, ordinairement confluentes et formant une sorte d'ulcération linéaire comme les grains d'un chapelet. D'autres ulcérations irrégulières ou ovalaires, de 2 à 4 lignes de surface, à fond formé pour la plupart par la tunique musculaire, existaient dans l'intestin grêle, à savoir : 3 à sa partie moyenne et 30 dans les 18 pouces qui précédaient immédiatement l'obstacle.

La partie de l'iléon étendue depuis ce dernier point inclusivement jusqu'au cæcum, avait son calibre ordinaire et contenait une assez grande quantité de matières fécales analogues à celles décrites plus haut.

Vis-à-vis l'adhérence avec l'ovaire, l'intestin était froncé dans le sens de la longueur, l'ovaire était moitié moins long que la portion d'intestin qui lui correspondait ; la membrane muqueuse était légèrement roussâtre, un peu ramollie et offrait des ulcérations en tout semblables à celles décrites ci-dessus. Une onzième beaucoup plus considérable, d'un pouce de diamètre environ, très inégale, comme formée de beaucoup de petites ulcérations, occupait une plaque de Peyer, tandis que les autres se rencontraient dans toutes les parties de l'intestin.

Les glandes mésentériques étaient d'un rouge brun, volumineuses, un peu ramollies.

Rien de bien particulier dans le gros intestin.

L'estomac est d'un volume médiocre et contient une petite quantité de liquide au-dessus du cardia ; antérieurement il y a une surface blanche de la largeur de la paume de la main : puis au grand cul-de-sac et au delà, des bandes blanches de deux ou trois pouces de longueur sur autant de lignes de largeur, où la membrane muqueuse, très ramollie, est amincie ou détruite. Dans les intervalles cette membrane est d'une couleur jaunê, d'une épaisseur et d'une con-

sistance médiocres. Le long de la grande courbure, dans une surface de 15 à 20 pouces, la muqueuse est grisâtre et un peu mamelonnée. Cette membrane est amincie et très ramollie ou entièrement détruite dans les trois quarts inférieurs de l'œsophage.

Rien de bien remarquable dans les autres organes.

XXVII. OBSERVATION DE COSSY.

(*Mémoire de la Société d'observation*, 1856.)

Il s'agit d'une blanchisseuse de cinquante-six ans, qui entre à Beaujon le 21 février 1845, se plaignant depuis quatre ans, de pesanteur au fondement, douleurs dans le bas-ventre, légères pertes utérines avec quelques fleurs blanches.

Quinze jours avant l'entrée, étant assez bien et n'ayant pas eu de pertes utérines depuis plusieurs semaines, les selles jusqu'alors régulières bien qu'un peu difficiles, surtout depuis trois mois, se supprimèrent entièrement. Depuis lors, suppression graduelle des selles, suppression des règles, augmentation croissante dans le volume du ventre qui reste indolent. Pas de vomissements; il n'y eut que quelques nausées l'un des premiers jours.

A son entrée, ventre volumineux, tendu, météorisé. Pas de douleurs à la pression, rares coliques très légères. Ni selles, ni vent par l'anus. Pouls lent, régulier à 72.

23 février. — Ni vomissements, ni selles; coliques fortes.

Le 24, relief intense des anses intestinales, tension plus marquée, pouls excellent, régulier.

Un lavement injecté ne pénètre que difficilement et en très petite quantité; il est rejeté immédiatement sans entraîner aucune matière.

Toucher vaginal rendu impossible par la douleur qu'il provoque.

Le soir on donne une purge à l'huile de croton tiglium.

25 février. — Le matin deux selles abondantes, liquides; augmentation de l'anxiété, de la fatigue générale. La malade se sent plus fatiguée; elle rend quelques vents par la bouche, la tension du ventre augmente, la température est nulle. On renouvelle la purge qui est aussitôt vomie. Les vomissements se renouvellent toute la journée.

Les 26, 27, affaiblissement progressif, mort le 28, sans nouvelles évacuations.

Autopsie. — Distension énorme des anses intestinales. Une seule adhérence unit une portion de la face supérieure gauche du cæcum, à l'une des circonvolutions de l'iléon. Intestin grêle et gros intestin sont fortement distendus et contiennent une grande quantité de matières liquides jaunâtres.

Cette distension se continue jusqu'au moment où l'S iliaque plongeant dans le bassin pour se continuer avec le rectum, elle arrive au niveau du fond de l'utérus. Arrivé là, l'intestin se rétrécit tout à coup et offre ultérieurement un trajet remarquable. Il se porte d'abord au bas et à droite derrière le corps de l'utérus; arrivé au fond du cul-de-sac utéro-rectal, il se coude brusquement, à angle fort aigu pour se porter en haut, parallèlement à cette première portion au côté gauche de laquelle elle est accolée; puis après un trajet de 5 centimètres, il forme un deuxième coude un peu moins anguleux que le premier, redescend et enfin traverse le plancher du bassin pour se terminer à l'anus. Dans tout ce trajet l'intestin est plongé au milieu de fausses membranes, qui unissent toute la face postérieure de l'utérus au péritoine qui tapisse le rectum.

L'utérus est volumineux, sa cavité irrégulière, anfractueuse, pourrait contenir un très gros œuf. Les parois utérines sont amincies et altérées et sur la face postérieure et plusieurs points la paroi est complètement détruite; la perte de substance est bouchée par les adhérences qui unissaient l'utérus à la portion sinueuse de l'intestin décrite plus haut.

A la coupe l'utérus présente à son intérieur une quantité énorme de noyaux cancéreux dont les parois elles-mêmes sont bourrées à la partie la plus épaisse.

Le vagin étroit est à demi oblitéré.

XXVIII. OBSERVATION DE NOEL HALLÉ.

(*Revue de Chirurgie*, 1887.)

Marie T..., vingt-six ans; cinq grossesses normales, dernier accouchement il y a un mois environ. Les suites de couche furent normales, mais des troubles gastro-intestinaux très intenses ayant persisté pendant toute sa dernière grossesse, la malade est dans état de faiblesse extrême. Depuis le début de sa grossesse, jusqu'à mercredi dernier, 16 avril, la diarrhée a été constante. Jeudi 17, selle dure normale dans la matinée; le même jour, à deux heures de l'après-midi, elle est prise tout à coup de douleurs vives dans le ventre, sans nausées, ni vomissements. Deux heures après tout a disparu. La journée du vendredi se passe bien, puis réapparition brusque des mêmes douleurs le samedi matin. Presque aussitôt vomissements alimentaires, puis bilieux. Dès ce moment, les douleurs sont violentes, à maximum péri-ombilical, continuelles, sous forme de coliques atroces. A tout moment, renvois, nausées, vomissements verdâtres. Depuis jeudi, ni selles, ni gaz par l'anus.

Entrée à l'hôpital dimanche 20; à ce moment prostration assez prononcée, ventre ballonné uniformément, quelques anses distendues se dessinent à la paroi. Au palper le ventre est assez peu douloureux, sauf autour de l'ombilic.

Le cul-de-sac de Douglas paraît libre au toucher. Les culs-de-sac vaginaux sont sains et indolores. La température est de 37°6. Le poulx petit, filiforme, bat à 160, 180.

Dans la nuit, les coliques deviennent moins violentes, les vomissements sont peu abondants, mais subitement, le matin, la malade est prise de crampes très douloureuses

aux avant-bras, puis aux mollets. Une contracture permanente leur succède et, à 8 heures, les avant-bras sont dans une attitude douloureuse, absolument semblable à celle de la tétanie.

Le peu de ballonnement et le défaut de tension du ventre, l'absence de vomissements fécaloïdes, l'intensité et la bizarrerie des phénomènes nerveux font porter à M. Bouilly le diagnostic de perforation intestinale.

Les phénomènes s'aggravant, M. Bouilly intervint. Laparotomie médiane : les anses distendues sont fortement injectées, la séreuse est lisse et très friable, on fait une éviscération à peu près complète, sans découvrir autre chose que quelques plaques ecchymotiques semées le long du tube intestinal, mais sans lésion apparente.

Après l'opération, la malade reprend à peine connaissance et se refroidit graduellement. Mort quatre heures après intervention.

Autopsie. — On trouve, à 1 mètre environ au-dessus de la valvule iléo-cœcale, une anse d'intestin grêle qui adhère au détroit supérieur du bassin du côté gauche, au voisinage de la trompe et de l'ovaire gauches. Cette adhérence, assez intime et solide, est produite par un lien cellulaire, retenant l'anse intestinale appliquée à la paroi sur une étendue de 2 centimètres environ.

Au point adhérent, il n'existe aucune striction mécanique de l'intestin : il n'y a rien là qui ressemble à un étranglement. Mais en ce point même l'intestin se coude brusquement à angle aigu. L'anse, située immédiatement au-dessus, plonge dans l'excavation pelvienne; elle n'est nullement serrée, tout à fait libre, mais extrêmement distendue, elle remplit tout le cul-de-sac utéro-rectal. Cette anse est extraite facilement de l'excavation et la coudure est ainsi détruite. On peut se rendre compte alors d'une façon bien nette qu'il n'existe du fait de l'adhérence qu'une diminution à peine appréciable du calibre intestinal et que la coudure brusque semble bien être le vrai agent de l'occlusion. C'est

surtout à l'ouverture de l'intestin que le contraste entre les parties situées au-dessus et au-dessous de l'adhérence et de la coudure est frappant et vient rendre irrécusable le fait de l'occlusion en ce point. Au-dessous, dans la partie vide et rétractée, la muqueuse intestinale a sa coloration grise normale, sans trace d'injection vasculaire, ses valvules conniventes sont normales, bien marquées. Au-dessus, l'intestin étalé est élargi, sa muqueuse est lisse, comme étirée, sans aucun vestige de valvules conniventes. La muqueuse est injectée, ecchymotique. Le contour de ses anses est brun rougeâtre et mêlé à du sang épanché. Ces lésions sont étendues à toute la longueur de l'intestin grêle situé au-dessus de la coudure.

Les organes pelviens sont sains.

Le péritoine ne présente, en somme, de trace d'inflammation qu'au point même de l'adhérence.

XXIX. CAS DE WALTHER ET S. A. GRIFFITH;

(*Trans. of the obst. Soc. of London*, 1883.)

Spécimen d'abcès périmétritique situé derrière l'utérus et le ligament large gauche, s'étendant jusqu'au dessus du cul-de-sac de Douglas.

Le rectum est déplacé à droite, et à sa jonction avec l'S iliaque, il forme un angle droit formant une occlusion complète.

La cavité de l'abcès contenait environ deux pintes de sérosité trouble qui était sur le point de s'évacuer par trois ulcérations : l'une dans le col utérin, l'autre dans le cul-de-sac postérieur, la troisième dans le rectum.

Début trois semaines auparavant par des douleurs. La malade avait cinquante-deux ans.

XXX. OBSERVATION DE VOGLER.

(Citée par Duchaussoy
dans le mémoire indiqué plus haut.)

L'ovaire a contracté une adhérence avec le gros intestin et l'a entraîné dans le petit bassin en produisant un coude brusque au point d'union des deux organes.

XXXI. OBSERVATION DE M. SEGOND.

(Compoint, th. de Paris 1898, observation XVI.)

M^{me} X..., quarante ans, envoyée à M. Segond par M. le professeur Robin. Occlusion intestinale par coudure de la portion terminale de l'intestin grêle qui est bridée par des adhérences de salpingite droite.

En présence de la gravité des symptômes, on pratique un anus contre nature sur l'intestin grêle.

Guérison.

Un mois après, levée de l'obstacle et ablation des annexes droites.

Un mois après, cure de l'anus contre nature.

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'obstruction intestinale complète liée à des inflammations est extrêmement rare. Des recherches minutieuses auxquelles nous nous sommes livré ne nous ont fourni que trente-deux cas. Nous n'avons naturellement point la prétention d'avoir fouillé toute la littérature chirurgicale et inévitablement, de nombreux cas publiés nous ont échappé, mais la difficulté que nous avons eu à recueillir ce total d'observations nous permet de renvoyer ces obstructions dans les *cas exceptionnels*.

Les causes d'infection, soit par voie des annexes, du péritoine, du tissu cellulaire pelvien, soit par voie sanguine, soit par voie lymphatique sont légion et leur énumération serait fastidieuse. Cette inflammation amène incontestablement, dans la majorité des cas, la formation d'exsudats fibrineux éminemment plastiques, qui s'organisent et aboutissent à la constitution de fausses membranes, d'adhérences. Mais de la formation de ces adhérences à l'obstruction complète il existe toute une foule de degrés que dans maintes de nos observations nous pouvons suivre graduellement dans le passé et les antécédents de nos malades ; et ce degré maxima de complications aboutissant à l'obstruction, combien

de malades ne l'atteignent pas, s'arrêtant à un stade plus ou moins avancé de l'évolution de ces exsudats plastiques. Toutes ces constatations, simples trouvailles d'autopsie, avant l'ère d'antisepsie, se sont multipliées à l'infini depuis le jour où Lawson Tait (11 février 1872) faisait sa première intervention radicale sur les annexes et les organes pelviens, et pratiquait la première salpigectomie. Depuis lors, autopsies et laparotomies ont multiplié les exemples où quantité d'exsudats, d'adhérences, envahissaient les organes pelviens, poussaient des prolongements sur la masse intestinale sans que rien dans le passé et les antécédents du sujet ne permettent de soupçonner l'existence de ces néo-formations.

Combien de femmes ont été vues depuis sur les tables d'opération, porteuses d'adhérences, de brides intestinales, sans éprouver pour cela d'accidents notoires du côté du tube digestif ; ces femmes-là sont anatomiquement en instance d'occlusion et cependant, l'occlusion n'éclate jamais.

Cette multiplicité des causes mécaniques immédiates contrastant avec la rareté de l'accident qui devrait toujours en être la conséquence nous semble digne d'être retenue.

L'inflammation et par suite les adhérences inflammatoires peuvent incontestablement se produire dans n'importe quelle partie de la paroi adominale et de la masse intestinale ; la vésicule biliaire, l'appendice, points fréquents d'infection, en contact plus direct avec la masse intestinale, peuvent plus fréquemment, dans leurs inflammations, contracter des adhérences avec

n'importe quel point voisin de l'intestin. Les rapports des organes pelviens avec la masse intestinale sont moins intimes, mais les dispositions anatomiques dans cette partie la plus déclive de la cavité abdominale semblent devoir être plus propices à l'obstruction. Qu'une bride plus ou moins tendue soit en effet jetée comme un pont d'une fosse iliaque à l'autre, de l'utérus au promontoire, d'une annexe à n'importe quel point du détroit supérieur, et c'est le fait de neuf de nos observations, une anse intestinale s'engageant sous ce pont, pénétrant dans cet anneau formé, s'engage, se tord, s'étrangle.

C'est encore la disposition anatomique normale qui nous donne l'explication de la fréquence du siège de l'obstruction soit sur l'iléon à sa portion terminale, soit sur l'S iliaque. Au milieu de l'apparent désordre des circonvolutions intestinales existe une topographie constante. Les anses intestinales de la grande cavité abdominale se portent transversalement de droite à gauche et de gauche à droite, formant des étages superposés. Les dernières anses de l'iléon descendent dans l'excavation pelvienne et viennent normalement au contact de la vessie, de l'utérus et du rectum. La dernière même en l'état de vacuité de ses organes, plonge dans le cul-de-sac utéro-rectal atteignant jusqu'au plancher pelvien, avant de remonter obliquement jusqu'au cæcum. C'est sur ces anses que portera l'adhérence pelvienne. Elle ne fait que fixer et rendre permanente un rapport anatomique soumis à quelques variétés, il est vrai, mais bien réel cependant.

Ces adhérences une fois établies peuvent plus ou

moins parfaire leur organisation. Parcourues de vaisseaux sanguins et lymphatiques, elles établissent une communication entre les annexes et l'intestin. Dès lors, la propagation entre ces différents organes sera chose facile. Cette propagation devient même directe, quand les parois de l'intestin se fusionnent en une gangue informe, en une masse commune indivisible soit avec les parois de l'ovaire, de l'utérus ou plus fréquemment encore d'une trompe. Le passage microbien à travers ce mur mitoyen est tout à fait facile. Survienne alors une recrudescence inflammatoire du côté de l'appareil génital, aussitôt streptocoques, staphylocoques, gonococques, trouvent là des voies toutes tracées. Cette pathogénie fort simple se trouve retracée très nettement dans chacune de nos observations de la première série principalement. Il n'est aucun cas où les antécédents ne révèlent un *point de départ génital* qui ne donne la clef de cette évolution pathogénique. Autopsie ou intervention viennent généralement confirmer cette pathogénie, montrant manifestement, par exemple (cas de Broca, obs. VII), comme point de départ de l'adhérence, une salpingite tuberculeuse de la trompe droite qui, épaisse, contournée, est bourrée, recouverte de granulations en voie de guérison par transformation fibreuse.

Ainsi s'expliquent d'ailleurs la transformation purulente de certains kystes de l'ovaire, la production de gros pyo-salpinx adhérents chez des vierges qui pouvaient avoir des annexites tuberculeuses, les poussées aiguës au cours de salpingo-ovarites chroniques, la réinfection de vieilles collections devenues stériles.

En résumé, une *infection annexielle, d'origine gonococcique dans la majorité des cas*, se trouve dans les antécédents de toutes nos malades, dont nous avons pu avoir une observation assez détaillée.

Parmi tous ces symptômes pathogéniques, il en est un, sur lequel M. Villard a attiré l'attention et dont il a montré toute l'importance : *c'est la constipation liée aux inflammations chroniques du péritoine*. Dans une communication très documentée, à la société médicale de Lyon (séance du 29 janvier 1906), M. Villard a montré que l'atonie intestinale est sous la dépendance des lésions inflammatoires, et en est la conséquence directe. Les nombreuses observations apportées à l'appui montrent la constipation apparaissant avec le début des lésions annexielles, les accompagnant dans leur évolution et disparaissant après l'ablation totale des lésions. Dans quatre exemples typiques, rapportés dans la même communication, la malade qui, à la suite d'avortement, a présenté des accidents de salpingite et a tout d'abord été soignée par des moyens médicaux, a vu les phénomènes douleurs s'amender, mais la constipation a persisté pour ne disparaître que lorsque l'ablation des trompes a été pratiquée.

Dans une observation, enfin, particulièrement concluante, M. Villard montre une malade constipée chez laquelle l'ablation de la trompe gauche n'amène aucune amélioration des fonctions du gros intestin et ce fait qui semble par ce premier résultat venir à l'encontre de la pathogénie invoquée, en devient au contraire une éclatante démonstration, car deux mois plus tard apparaît une salpingite droite, latente au moment de la pre-

mière intervention. Une seconde opération débarrassant complètement la malade de ses foyers inflammatoires s'accompagne du rétablissement complet des fonctions du gros intestin. M. Villard termine sa communication par les conclusions suivantes :

1° Dans un assez grand nombre de cas, la constipation est sous la dépendance d'inflammations chroniques localisées du péritoine, d'origine appendiculaire, *salpingo-ovariennes*, biliaires ou autres.

2° La constipation dans ces cas a pour cause, suivant la loi de Stokes, la parésie de la musculature intestinale. Les interventions chirurgicales démontrent la réalité de cette pathogénie, en faisant disparaître la constipation après l'ablation des foyers infectieux.

Ces conclusions très intéressantes éclairent d'une façon particulière ce point de notre pathogénie, et nous permettront de justifier notre troisième temps opératoire qui pourrait, tout d'abord, paraître un peu radical.

En résumé, il est probable que quelques rares adhérences produisent seulement quelques coliques légères, une constipation plus ou moins opiniâtre, symptomatique d'une inflammation péritonéale, des troubles intestinaux plus ou moins légers, jusqu'au jour où, augmentant en nombre et en intensité, ces adhérences produisent l'obstruction complète. Contre l'inflammation le péritoine réagit par un procédé de défense : la formation de ces exsudats fibrineux qui vont tendre à localiser l'infection. Mais ce procédé de défense devient ici dangereux, néfaste, puisque c'est lui qui provoque ces adhérences ou brides qui sont cause de l'obstruction intestinale plus ou moins rapide.

Si, en effet, au moment de l'infection de l'inflammation, la réaction de défense n'est pas suffisamment intense pour produire par ses adhérences une obstruction immédiate, ces formations plastiques, devenues brides plus ou moins allongées, pourront tôt ou tard, par le mécanisme de nos deux dernières variétés d'observations, produire une obstruction à début apparent plus ou moins aiguë, plus ou moins brusque, mais *la cause première doit être recherchée dans des atteintes antérieures.*

« Lorsqu'une portion d'intestin, dit Besnier dans son mémoire classique de 1860, a contracté avec les parties voisines des adhérences morbides, il est partiellement frappé d'une immobilité qui apporte un obstacle plus ou moins considérable à la circulation des matières. »

Si à ces conditions défavorables viennent se joindre des inflexions plus ou moins prononcées et plus ou moins multiples de la portion d'intestin adhérent, l'obstacle, au cours des matières, peut devenir considérable, complet.

Dès lors, *pour arriver à l'établissement de cette lésion d'obstruction, deux ordres de choses paraissent se succéder, se combiner pour cet effet : des causes mécaniques, et des causes dynamiques.* Le simple raisonnement rend aisément compréhensible l'action des premières ; si pour les secondes on est obligé de borner à des hypothèses, leur simplicité et leur logique les rendent fort acceptables. Cette influence de la coudure brusque, suivie inévitablement de distension, est certes facile à comprendre comme cause efficace d'occlusion,

quand la plicature est préparée, rendue fixe, inévitable par une adhérence, et une adhérence dans un point profondément déclive, profondément situé au fond de l'excavation pelvienne.

Evident sur un tube inerte, ceci devient tout à fait manifeste si l'on songe qu'il s'agit ici d'un organe puissamment contractile, doué d'un appareil nerveux sensitif et moteur d'une extrême richesse : l'adhérence et la coudure entravent, pervertissent l'effet normal de la contraction péristaltique de l'intestin. Certainement une seule adhérence en un point coudé de l'intestin suffit pour rendre inefficace cette action du péristaltisme. La contraction musculaire intestinale, loin de tendre à effacer ce coude, contre lequel elle a plus ou moins lutté, finit par ne contribuer qu'à l'augmenter.

Maintenant, pourquoi telle malade porteuse depuis longtemps d'adhérences, en puissance d'obstruction, fait-elle à tel moment une occlusion complète? Il est incontestable que c'est ici que l'intervention des causes dynamiques devient indispensable.

Nos observations nous offrent *deux types bien nets d'évolution dans la constitution de cette obstruction*. Dans le premier cas, la marche est tout à fait *progressive*. L'adhérence d'abord lâche et filamenteuse devient peu à peu, sous l'action du péristaltisme ou plus simplement des mouvements en masse dont l'intestin est le siège, solide, se rétracte, tire de plus en plus sur le point intestinal adhérent. A une période de spasme finira par faire suite la paralysie intestinale. Et le résultat de ce tiraillement plus ou moins long suivant la tonicité musculaire, l'intensité nerveuse de chaque

sujet, sera inévitablement l'hypertrophie des anses intestinales situées en amont de l'obstacle. Cette hypertrophie, nous la retrouvons dans toutes nos autopsies, l'intestin grêle atteignant des diamètres de 12, 15 centimètres (observations de Cossy, Louis, etc.). Toutes ces malades signalent des troubles anciens et progressifs, témoignant nettement d'une gêne croissante à la circulation des matières.

Dans une seconde série de cas, l'évolution paraît, à l'inverse de la première, à marche suraiguë, l'occlusion paraît s'instituer d'emblée (observation d'Hallé, par exemple). Dans un pareil cas, la seule hypothèse plausible semble devoir être recherchée dans un trouble profond et brusque du fonctionnement et de la contractilité de l'intestin. Si on se rappelle qu'il s'agit d'une femme jeune, chétive, nerveuse, affaiblie par une grossesse pénible, à un mois de son accouchement, et soumise encore par conséquent à l'influence puerpérale qui peut causer des accidents nerveux, comme la tétanie; si l'on tient compte des troubles intestinaux et gastriques, vomissements et diarrhée tenace, qui ont accompagné toute sa grossesse et mis l'intestin dans des conditions anormales d'irritabilité et peut-être de faiblesse, l'hypothèse d'un spasme intestinal, provoqué par cette coudure même au niveau de l'adhérence et d'une paralysie consécutive, paraîtra peut-être acceptable pour expliquer à elle seule l'occlusion.

Telles sont les considérations pathogéniques auxquelles semble conduire l'étude de tous nos cas recueillis. Que ces adhérences salpingiennes soient, comme dans notre observation personnelle, saisies en

pleine évolution, montrant manifestement leur action sur une anse intestinale qu'elles ferment à l'instar d'une pince, ou que l'obstruction se constitue plus tardivement par les deux autres mécanismes étudiés, l'origine primordiale n'en demeure pas moins l'inflammation pelvienne, aidée ou combattue par des circonstances favorables ou défavorables, mais toujours secondaires.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

Toutes ces considérations inspirées par la pathogénie donnent une orientation immédiate aux recherches symptomatiques. C'est dans les antécédents de la malade qu'il faut chercher la cause première de toutes ces obstructions. Toutes nos malades ont, en effet, des antécédents génitaux plus ou moins chargés.

A. — SYMPTOMES FONCTIONNELS

Le maximum de fréquence se trouve d'abord dans la période génitale de la femme. Tous nos cas, sauf un, intéressent des femmes de 19 à 40 ans. Seul le cas de Cossy a trait à une femme de 56 ans ; il s'agit d'une malade porteuse d'un utérus bourré de noyaux cancéreux ; mais une recrudescence de 50 à 60 ans n'aurait rien d'extraordinaire si l'on songe à la longue évolution de ces exsudats fibrineux. Leur lente organisation, leur réaction fibreuse tardive pourraient fort bien donner une explication plausible de pareils phénomènes nettement postérieurs à la ménopause.

Non seulement, ainsi que notre observation en est un merveilleux exemple, *la plupart de ces malades ont un passé génital fort chargé*, mais elles ont eu

surtout des affections qui furent mal soignées. Aussi, est-il souvent besoin de pousser assez minutieusement l'interrogatoire pour obtenir l'aveu de nombreuses pertes blanches, voire même quelquefois d'infections post-partum ou post-abortum assez intenses, mais qui, momentanément, ayant paru guérir d'une façon spontanée, ne sont pas pour elles dignes d'intérêt.

L'appareil génital, une fois fouillé dans les antécédents de la malade et exploré dans un examen immédiat, *c'est du côté du retentissement sur le tube digestif* que doit se tourner la recherche symptomatique. Plus que dans n'importe quelle autre variété d'obstruction, la précocité des troubles intestinaux est ici manifeste. Dès les premières atteintes d'annexite, succédant aux premiers rapports sexuels, la malade de notre observation personnelle accuse une constipation très vive. Après cette première période aiguë, le repos d'un mois au lit, rendu obligatoire par l'état de la malade, amène une grosse amélioration. Les douleurs pelviennes disparaissent, les pertes blanches diminuent, finissent même par disparaître, mais la constipation n'en continue pas moins. La malade ne va à la selle que tous les quatre ou cinq jours et encore grâce à des laxatifs ou à des lavements ; toutes ces selles, d'ailleurs, s'accompagnent de petites coliques plus ou moins vives. Ces phénomènes abdominaux subissent tour à tour plusieurs améliorations et plusieurs recrudescences mais ne rétrocedent jamais complètement. Le 15 novembre, un mois avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, la malade présenta le même syndrome abdomino-péritonéal que celui qui l'amène à entrer

cette fois à l'hôpital. Pendant cinq jours, elle éprouva de vives douleurs, des coliques dans le bas-ventre avec ballonnement abdominal, arrêt complet des matières et des gaz; un lavement amène une débâcle abondante et tous ces phénomènes s'amendent jusqu'à la poussée finale, définitive, d'obstruction complète.

C'est là l'histoire schématique que semble imposer l'évolution pathogénique que nous avons étudiée plus haut, et cette histoire est celle d'à peu près toutes nos malades dont nous avons pu recueillir les antécédents.

La *douleur*, dans nos observations se rattachant aux deux dernières catégories, paraît beaucoup moins vive et elle est en effet d'une intensité moindre grâce à l'atténuation de la pelvi-péritonite; mais la réaction par voie réflexe sur les muscles intestinaux explique les cas où elle persiste intense.

Quant à la *constipation*, la pathogénie nous a fourni l'occasion d'en parler longuement.

De tous les autres symptômes fonctionnels, rien n'est bien digne d'être souligné qui ne se rattache à la symptomatologie de l'occlusion en général.

B. — SYMPTÔMES PHYSIQUES

Moins encore que les symptômes fonctionnels, la symptomatologie physique ne sera ici d'un grand secours, hormis les cas où le toucher vaginal donnera une indication formelle. Rarement les segments sus- et sous-jacents à l'obstacle seront accessibles par le *palper abdominal*. La situation profonde dans le petit bassin de l'anse étranglée, son adossement fréquent à

la paroi postérieure, soit de l'utérus, soit des annexes, en donnent la raison.

Quant à l'étude anatomique du segment sus-jacent à l'obstacle, nous ne saurions mieux faire que de rappeler l'étude toute récente que viennent d'en faire MM. Cavaillon et Leclerc, dans la *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale* (mai-juin 1907). Nous nous contenterons de rappeler leurs conclusions : « Au-dessus d'une sténose intestinale aiguë ou chronique, les anses intestinales subissent une dilatation dont les modalités variables dépendent surtout de la nature de la sténose et du siège de celle-ci : plus intense généralement dans les sténoses du gros intestin, moins marquée dans celles du grêle. La paroi intestinale du segment dilaté garde quelquefois sa constitution normale ou est simplement amincie, plus souvent elle est épaissie. Au-dessus des sténoses, l'intestin peut présenter des ulcérations et des perforations qui se produisent souvent à une distance considérable de l'obstacle. »

Toutes ces lésions anatomo-pathologiques se trouvent mentionnées dans les quelques autopsies que nous avons pu recueillir ; leur pathogénie, minutieusement étudiée et éclaircie par M. Patel, donne lieu à des considérations très intéressantes dans le détail desquelles la brièveté de ce travail ne nous permet pas malheureusement d'entrer. Nous nous contenterons d'en tirer une conclusion pratique, au point de vue d'un temps opératoire du traitement.

Le *toucher vaginal* qui devra dans tous les cas être pratiqué méthodiquement pourra parfois fournir de précieux renseignements. Quand, combiné au toucher

rectal, il décèlera une rétroversion fortement adhérente et amenant un rétrécissement infranchissable du rectum, son indication sera formelle ; mais dans beaucoup de cas une exploration positive d'un cul-de-sac douloureux, d'une annexe enflammée et sensible, d'un utérus enclavé dans le petit bassin, d'un Douglas tendu, empâté, douloureux, permettra sinon d'arriver à une certitude de diagnostic causal, tout au moins d'émettre de grandes probabilités sur la cause immédiate de l'obstruction.

Somme toute, symptômes fonctionnels et symptômes physiques pourront dans beaucoup de cas, par leur ensemble, plutôt que chacun d'eux pris individuellement, permettre l'établissement d'un diagnostic plus ou moins précoce.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Si le chirurgien ne saurait hésiter en face d'un tableau symptomatique type d'occlusion intestinale, combien de cas demandent un examen des plus minutieux pour arriver quelquefois à un diagnostic simplement différentiel. Depuis la forme d'obstruction à marche suraiguë jusqu'à celle qui paraît évoluer tout à fait progressivement, lentement, les difficultés varient à l'infini, mais n'en sont pas moins réelles.

La **péritonite** qui, si souvent d'ailleurs, accompagne l'obstruction et la complique, peut tout d'abord dans beaucoup de cas rendre réellement difficile un diagnostic différentiel. Et quand, par l'étude des diverses observations recueillies, l'on veut essayer d'établir quelques points distinctifs assez nets entre péritonite et obstruction, on est bientôt obligé de s'en tenir à quelques nuances symptomatiques, plutôt qu'à des points différentiels, nets et établis par l'observation des cas.

L'absence de phlegmasies antérieures du péritoine paraît être un signe de présomption plutôt en faveur de la péritonite. Toutes nos malades avaient déjà eu sinon des atteintes tout à fait franches d'inflammation péritonéale, tout au moins de légères poussées de

pelvi-péritonite dont la pathogénie nous a d'ailleurs donné la clé.

Des *vomissements*, il est assez mal aisé de tirer une conclusion quelconque, le degré de construction paraissant lui-même jouer un rôle tout à fait irrégulier dans leur production. Fécaloïdes mêmes, ils sont fréquemment cités dans des cas de pseudo-étranglement par péritonite. Leur absence pourtant paraîtrait avoir plus de valeur en faveur de la péritonite.

La *douleur* dans ses variations extrêmes est naturellement d'un secours très notoire. Les nombreux cas où, comme dans six de nos observations, la pression, même profonde, ne réveille qu'une douleur très atténuée ne permettent aucune hésitation, la difficulté augmentant en raison directe de l'intensité de la douleur et de son exquise sensibilité.

Dans la majorité des cas l'occlusion est *apyrétique* et toutes nos malades, sauf une, ont même des tendances à l'hypothermie. La température fournit là un précieux renseignement tout au moins dans les débuts d'accidents péritonéaux.

Le *pouls* lui-même reste excellent jusqu'au moment où, devenu petit, dépressible, « abdominal », il est la première manifestation de l'intoxication stercorémique.

Le *frisson*, si fréquent dans la péritonite, n'est signalé dans aucune des observations que nous avons pu recueillir ; il resterait avec le *hoquet*, l'apanage de la péritonite.

Péristaltisme exagéré, irrégularité de la *distension* des anses intestinales sont des symptômes différentiels

trop connus pour que nous nous permettions d'insister. Leur présence d'ailleurs facilite le diagnostic, mais dans combien des cas tous ces symptômes plus ou moins voilés ou absents, obligent le clinicien à se prononcer sur une douleur qui paraît simplement plus diffuse, un météorisme moins prononcé, un pouls plus irrégulier, une température à oscillations légères, tout autant de nuances symptomatiques plutôt que de signes distinctifs nets, permettant cette différenciation.

Ce *diagnostic différentiel* établi, la difficulté devient de plus en plus ardue quand il s'agit d'établir un *diagnostic causal*. Toutes les causes nombreuses d'irritation péritonéale peuvent entrer en jeu, constituer des adhérences, aboutir à une obstruction plus ou moins tardive.

La recherche méthodique des lieux d'élection permettra d'éliminer rapidement toute idée d'**hernie étranglée**.

Le toucher rectal ou les antécédents aideront à écarter tout **rétrécissement** néoplasique, syphilitique ou cicatriciel.

Appendicite ou hématocele, dans leur forme aiguë, permettront généralement un diagnostic facile, mais leur différenciation deviendra réellement difficile dans leurs complications tardives. L'appendice peut fort bien pousser des prolongements adhésifs jusque dans le bassin. Nous le voyons même dans une de nos observations (cas de Manoury) se continuer avec une bride allant prendre attache à l'angle gauche de l'utérus. Dès lors, si toute autre trace de pelvi-péritonite ou de péri-typhlite a disparu, comment attribuer à l'une plutôt

qu'à l'autre le point de départ, cause première de l'adhérence et par suite de l'obstruction. L'importance d'une recherche tout à fait minutieuse dans le passé génital, dans les antécédents de la malade, ressort ici d'une façon manifeste.

M. le professeur *Jaboulay* fait suivre l'observation XXV, que nous avons puisée dans ses *Cliniques*, des réflexions suivantes : « *Au sujet de la nature de ces brides (intra-abdominales), il faut être réservé avant de dire qu'il s'agit de l'appendice ou d'un diverticule de Meckel.* Ayant enlevé l'une d'elles qui, au niveau de la fosse iliaque, étranglait l'intestin grêle, chez un jeune homme de vingt-deux ans, et était parfaitement canaliculée, j'en fis faire l'examen histologique : il ne montra que du tissu inflammatoire. »

Dans l'observation qui suscite ces réflexions, chez une femme de trente-deux ans amenée à l'hôpital par une occlusion intestinale, à début assez subit et sans cause nette, la découverte dans ses antécédents d'une métro-salpingite remontant à son dernier accouchement (dix-neuf mois), permit à M. le professeur *Jaboulay* de porter le diagnostic probable d'occlusion intestinale, due à une bride de pelvi-péritonite ancienne. L'intervention confirma le diagnostic.

C'est donc dans les antécédents, les anamnestiques de la malade que se trouve la clef du diagnostic causal de l'obstruction. En dehors des cas où une infection plus ou moins grave *post abortum* ou *post partum*, une annexite, une métro-salpingite réellement douloureuses s'imposant dans les antécédents de la malade, il est quantité de cas où ce passé doit être fouillé minu-

tieusement, la plupart des atteintes ayant pu, par leur bénignité, passer plus ou moins inaperçues. Ces coliques intestinales à forme pelvienne, variables en intensité et en durée, se terminant généralement par une évacuation gazeuse ou liquide, doivent être, dans tous ces cas, recherchées aussi minutieusement que les autres coliques abdominales, hépatiques, néphritiques, appendiculaires ou autres. Ces douleurs pelviennes, aiguës, subaiguës ou légères, du bassin, des deux fosses iliaques, revenant par crises plus ou moins intenses, au moment des règles, sont, dans la majorité des cas, symptomatiques de reliquat d'une pelvi-péritonite ancienne, légère, méconnue ou même oubliée.

L'examen local enfin est et doit être le complément indispensable de ces incursions plus ou moins minutieuses dans le passé des malades. Un toucher vaginal méthodique, une exploration successive des culs-de-sacs pourront donner les renseignements les plus précieux sur l'état des annexes et du Douglas. Négatif, cet examen n'infirmera rien ; positif, il permettra d'orienter, d'augmenter, de préciser les chances d'un diagnostic causal.

Antécédents, anamnestiques, examen local, pourront, en somme, mettre sur la voie d'un diagnostic causal délicat, et permettre de supposer une origine pelvi-péritonéale d'occlusion intestinale, mais il n'est aucun signe pathognomonique qui donne le droit de l'affirmer.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Ce qui, dans bien des cas, crée l'incertitude des indications dans l'occlusion intestinale, c'est l'incertitude du diagnostic.

Les variétés à l'infini des manifestations symptomatiques d'une occlusion intestinale au début, l'évolution souvent bizarre de la cause pathogénique nous ont suffisamment édifié sur la réelle difficulté d'un diagnostic précoce et ferme. Aussi, devant l'importance capitale d'une intervention pratiquée à temps, le principe de LEJARS semble ici devoir s'imposer d'une façon tout à fait péremptoire.

« Le doute doit être inscrit aux indications de l'opération. » « Il faut aller voir. »

Malheureusement, il n'en est trop fréquemment pas ainsi, et le malade porteur d'une occlusion intestinale n'est livré au chirurgien qu'à toute extrémité; alors que toute la gamme des moyens médicaux a été essayée et épuisée. Lavements purgatifs ou électriques, purgatifs plus ou moins intenses par voie buccale, spasmodiques et antispasmodiques ont vainement lutté contre cet obstacle qui ne peut céder que chirurgicalement.

Tenter sur un pareil malade *in extremis* toute intervention radicale ne servirait certainement qu'à hâter les progrès du mal. L'état de la malade ne saurait permettre une laparatomie, le shock opératoire serait fatal. L'entérostomie de Nélaton, par le soulagement immédiat qu'elle procurera, par la bénignité de son établissement, s'imposera comme premier temps.

Il est une autre considération qui vient à l'appui de ce premier temps opératoire. Les études de M. Patel sur le segment d'intestin sus-jacent aux sténoses intestinales, la publication sur le même sujet de MM. Cavaillon et Leclerc, dont nous avons parlé plus haut, montrent combien les altérations pariétales sont à considérer au point de vue de l'intervention.

« L'infiltration, l'œdème, les ulcérations, créent des conditions désastreuses pour une entéro-anastomose en raison de la différence de largeur et d'épaisseur des deux bouts. Ces tissus se déchirent pendant la suture, leur vitalité ralentie crée un pouvoir d'accolement moindre. Le fait que toutes ces lésions rétrocèdent quand on a dévié le cours des matières est un *argument de plus en faveur des opérations en plusieurs temps, avec anus préalable.* »

Ce point particulier a d'ailleurs été mis en lumière par M. Jaboulay. Ayant eu l'occasion d'examiner une anse intéressée par une sténose avant et après la création d'un anus contre nature, l'examen histologique fait par M. Gayet montra une vraie fonte de l'infiltration des parois intestinales qui, intense avant l'anus, céda rapidement à cette intervention.

Néanmoins, cette entérostomie, cet abouchement à

la peau de la première anse grêle dilatée, qui se présentera sous le bistouri, ne sera naturellement qu'une intervention temporaire, un premier temps imposé par l'état précaire de la patiente et les considérations anatomo-pathologiques que nous venons de mentionner.

Immédiate ou dans un second temps, la laparatomie avec éviscération partielle ou totale sera la seule intervention rationnelle.

Cette intervention doit viser trois buts : *chercher l'obstacle, rétablir le cours des matières, enlever toute crainte de récurrence par suppression de la cause première*; ces trois buts de l'intervention dictent les trois temps opératoires.

I. — CHERCHER L'OBSTACLE

L'incision médiane une fois pratiquée, le premier temps opératoire est parfois malaisé. Dès l'ouverture du péritoine, les anses intestinales fortement distendues font immédiatement saillie à l'extérieur et l'exploration est des plus difficiles.

Si l'étranglement n'est immédiatement accessible, cas heureux, cette exploration doit être méthodique et nécessite bien souvent une éviscération totale, qui consiste à sortir toute la masse intestinale sur des compresseurs chaudes. La fréquence du siège anatomique de l'étranglement sur les dernières anses de l'intestin grêle, sinon même sur la portion terminale de l'iléon, conduit à conclure que c'est de la valvule iléo-cæcale qu'il y a intérêt à partir dans cette exploration. L'iléon,

de ce point, doit être remonté méthodiquement. L'éviscération une fois complète, ce n'est bien souvent encore que tout à fait derrière l'utérus qui, dans notre observation, dut être saisi à l'aide d'une pince de Museux et fortement attiré en avant et en haut, que l'on trouve l'anse intestinale étranglée, couchée et adossée contre la face postérieure de l'utérus rétro-versé. Cet obstacle une fois découvert, anses adhérentes, bride ou coudure, il s'agit de procéder au second temps.

II. — RÉTABLIR LE COURS DES MATIÈRES

La variété anatomo-pathologique d'obstruction dictera la marche à suivre dans ce deuxième temps opératoire.

En procédant du simple au composé, c'est à notre seconde catégorie d'obstruction que se rattache la technique opératoire la moins compliquée. La recherche de l'obstacle montre dans tous ces cas une simple bride allant d'un point quelconque à l'autre du petit bassin et, sous ce point formé, une anse intestinale s'engage, se tord, s'étrangle. La plupart du temps, cette simple bride cède sous la traction du doigt et immédiatement sous les yeux même de l'opérateur ; dans quelques cas, un gargouillement caractéristique révèle le rétablissement du cours des matières ; en aval de l'obstacle, l'anse affaissée, aplatie, se dilate, tandis qu'en amont la distension diminue et les anses s'affaissent. Ces adhérences, contenant généralement des vaisseaux sanguins assez importants pour donner une

hémorragie sérieuse, c'est entre deux pinces que doit se faire cette section. *L'extirpation de tous les tractus fibreux*, la dissection minutieuse des deux côtés de la bride doivent être aussi complets que possible, car la section simple laisserait, au lieu d'une, deux causes fort probables de récurrence, les deux côtés sectionnés pouvant servir d'amorce à des adhérences nouvelles.

Les cinq cas de notre deuxième série, où l'intervention a pu être pratiquée, ont été suivis d'une guérison simple et rapide.

Les obstructions par coudure ne sont fréquemment dues qu'à une adhérence unique. Section et dissection de cette adhérence amènent la libération de l'anse coudée et constituent encore là toute la technique opératoire.

Un seul accident pourrait compliquer cette dissection, c'est la perforation complète ou imminente de l'intestin au point d'insertion de la bride fibreuse ; dans ce cas, un enfouissement du point perforé ou douteux, remédierait immédiatement à cet accident.

Toute cette technique opératoire est loin de correspondre à tous les cas : la multiplicité des adhérences, la fusion plus ou moins intime des parois intestinales et utérines ou salpingiennes, compliquent parfois au maximum la libération de l'anse étranglée ou la rendent même tout à fait impossible.

La perméabilité intestinale ne pouvant alors se rétablir dans sa continuité normale, c'est à des procédés détournés qu'on est obligé de s'adresser.

L'état du malade imposera le choix entre l'*entéro-anastomose* et l'*entérectomie*. L'abouchement de deux

anses intestinales, l'une en amont, l'autre en aval de l'obstacle, présente l'immense avantage de la facilité et de la rapidité de son exécution.

Chez une malade affaiblie et pour laquelle le shock opératoire, qui suit toujours l'exécution inévitablement plus longue et plus laborieuse d'une entérectomie, serait à craindre, c'est bien souvent le seul procédé opératoire auquel l'on puisse avoir recours. Mais dans tous les cas où l'état de la malade le permet, l'entérectomie demeure la méthode qui nous paraît idéale. La section sera faite au-dessus et au-dessous de l'obstacle et l'abouchement des anses sectionnées se fera par une suture circulaire ou de préférence par le bouton anastomotique de MM. Jaboulay ou Villard, qui a l'avantage de supprimer la suture et de réaliser une contention parfaite. Comme les autres procédés, l'entérectomie a ses inconvénients, mais elle présente le grand avantage de supprimer toute crainte d'obstruction secondaire et d'établir une circulation plus directe et plus libre.

III. — CURE RADICALE

Les conclusions auxquelles nous a conduit l'étude pathogénique de cette variété d'obstruction, dictent ce dernier temps opératoire. Trompes dans la majorité des cas, utérus quelquefois, ovaires rarement ont été le point de départ de l'infection dont l'obstruction a été l'aboutissant, c'est donc par l'inspection de ces divers organes pelviens que doit se terminer l'intervention.

Cet examen montrera tantôt un utérus cancéreux (cas de Cossy, obs. XXVII), tantôt un ovaire kystique et dégénéré (cas de Cossy, obs. II), tantôt des annexes tuberculeuses à tubercules plus ou moins en évolution (cas de Bauby, obs. XI, cas de Foutan, obs. VI), tantôt enfin un pyo-salpinx plus ou moins éteint, et c'est le cas de toutes nos autres observations. Dès lors, salpingectomie, ovariectomie, hystérectomie, évidemment plus ou moins complet du petit bassin, tels sont les différents temps par lesquels doit se compléter toute intervention pour être parfaite et radicale. La nature et la gravité des lésions dicteront l'importance de l'intervention dans ce dernier temps opératoire.

Ce dernier temps opératoire, ce complément de l'intervention pourra, a prime abord, paraître un peu radical. Mais en dehors des raisons pathogéniques qui paraissent, à un examen minutieux, les dicter comme indispensables, des observations caractéristiques viennent justifier cette cure radicale par ablation de la cause première. Dans une de nos observations, en effet, nous voyons une de nos malades opérée une première fois par simple section de la bride péritonéale venir mourir quatre ans plus tard de la même affection et présenter à l'autopsie quantité de brides et adhérences péritonéales.

C'est enfin ce que M. Villard a établi nettement dans sa communication à la Société médicale de Lyon, que nous rapportons longuement dans notre étiologie. Ses conclusions basées sur des observations tout à fait typiques, justifient pleinement ce dernier temps opératoire,

l'ablation des foyers infectieux, cause première de tous les accidents.

Somme toute, la laparotomie doit être la plus précoce possible. C'est à ce prix seul que l'intervention pourra être vraiment efficace et radicale. Elle permettra alors, dans la majorité des cas, une libération facile des anses coudées ou étranglées, une dissection complète des anses adhérentes, un examen minutieux suivi d'une réelle thérapeutique chirurgicale des annexes ou utérus malades, éliminant ainsi à jamais toute crainte de récurrence, complication bien souvent inévitable d'une intervention trop tardive.

Dans les cas seuls où toute tentative de libération des anses paraît impossible, entéro-anastomose ou entorectomie peuvent être pratiquées.

L'état enfin tout à fait précaire d'une malade *in extremis*, les considérations anatomo-pathologiques mentionnées plus haut, imposent, comme premier temps, l'entérostomie de Nelaton, intervention qui ne peut être que temporaire mais qui rendra, dans de nombreux cas, de réels services en attendant de pouvoir, dans un second temps, pratiquer une intervention radicale.

CONCLUSIONS

I. — L'obstruction intestinale liée à des inflammations pelviennes est peu étudiée et peu fréquente.

II. — Elle reconnaît pour cause des adhérences ou des brides qui étranglent ou coudent l'intestin.

III. — Ces adhérences ou brides pelviennes sont excessivement fréquentes à la suite de la pelvi-péritonite et cependant l'occlusion intestinale est très rare.

IV. — Il faudra donc toujours fouiller minutieusement les antécédents personnels des femmes en occlusion et penser à des lésions pelvi-péritonitiques anciennes.

V. — Dans la majorité des cas, l'intervention s'im-

posera, mais elle ne sera complète que si l'on enlève la cause de ces adhérences inflammatoires.

VI. — Dans les interventions *in extremis* l'opération doit se faire en deux temps.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
JABOULAY.

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 16 juillet 1907.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUBY, Archives de médecine de Toulouse, 1904.
BRAUN, Arch. f. klin. Chir., 1892.
CAHIER, Revue de chirurgie, 1903.
CAVAILLON et LECLERC, Revue de gynécologie et chirurgie abdominale, mai-juin 1907.
COMTE, Revue de la Suisse romande, 1892.
COSSY, Mémoires de la Société d'observations, 1856.
CROWLE, British medical Journal, 1882.
DARTIGUES, Revue de gynécologie, 1906.
DELORE et PATEL, Revue de chirurgie, 1901.
DUCHAUSSOY, Mémoires, 1866.
GAYET et PALLASSE, Lyon médical, 1903.
GOTTSCHID, Königsberger medicinische Jahrbücher, 1869
GAUBRIC, Société anatomique, 1841.
HALLÉ, Revue de chirurgie, 1887.
JABOULAY, Cliniques chirurgicales.
— Lyon médical, 1890.
JABOULAY et PATEL, Revue de chirurgie, 1901.
JABOULAY et VORON, Société de médecine, 1898.
FONTAN, Société anatomique, 1864.
LAWENSTEIM, Centralblatt für Chir., 1892.
LEJARS, Semaine médicale, 1904.
— Société de chirurgie, 1904.
NOVÉ-JOSSERAND, Journal de gynécologie, 1898.
NÉLATON, Gazette des hôpitaux, 1892.
NOVET, Thèse Paris, 1874.
PATEL, Thèse Lyon, 1900-1901.
— Revue de chirurgie, 1901.
PATEL et DELORE, Revue de chirurgie, 1901.
PETER, Gazette des hôpitaux, 1891.
PEYROT, Thèse d'agrégation, 1880.

- POZZI, Bulletin de la Société anatomique, 1871.
RANZI, Arch. f. klin. Chir., 1904.
ROCHARD, Problèmes cliniques, 1907.
ROLLET et PALASSE, Lyon médical, 1903, t. I.
ROSTUN, Archives générales de médecine, 1829.
ROUX, Revue de la Suisse romande, 1894.
RUDAUX, Archives générales de médecine, 1904.
TIXIER et VIANNAY, Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1900.
VILLARD, Lyon médical, 1906: -
VORON, Société de médecine, 1898.
WATKINS, Transactions of the Chicago Gynec., 1902.
WALTHER, Trans. of the obst. Soc. of London, 1883.
-

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER. — Définition	9
CHAPITRE II. — Classification	13
CHAPITRE III. — Observations	16
CHAPITRE IV. — Etiologie et Pathogénie	51
CHAPITRE V. — Symptomatologie	61
CHAPITRE VI. — Diagnostic	66
CHAPITRE VII. — Traitement	71
CONCLUSIONS	79
BIBLIOGRAPHIE	81

